

L'expérience d'une visite chez le médecin de famille par des francophones  
de 35 ans et plus, résidents du nord de l'Ontario

par

Chloé Jutras

Thèse présentée pour répondre  
à l'une des exigences de la  
maîtrise ès arts (MA) en Santé interdisciplinaire

Faculté des études supérieures  
Université Laurentienne  
Sudbury (Ontario) Canada

© Jutras, 2017

**THESIS DEFENCE COMMITTEE/COMITÉ DE SOUTENANCE DE THÈSE**  
**Laurentian University/Université Laurentienne**  
Faculty of Graduate Studies/Faculté des études supérieures

Title of Thesis Titre de la thèse	L'expérience d'une visite chez le médecin de famille par des francophones de 35 ans et plus, résidents du nord de l'Ontario	
Name of Candidate Nom du candidat	Jutras, Chloé Françoise	
Degree Diplôme	Maîtrise ès Arts	
Department/Program Département/Programme	Santé interdisciplinaire	Date of Defence Date de la soutenance 17 janvier 2018

**APPROVED/APPROUVÉ**

Thesis Examiners/Examineurs de thèse:

Monsieur Alain Gauthier  
(Supervisor/Directeur de thèse)

Monsieur Daniel Côté  
(Committee member/Membre du comité)

Monsieur Georges Kpazai  
(Committee member/Membre du comité)

Madame Danielle de Moissac  
(External Examiner/Examineur externe)

Approved for the Faculty of Graduate Studies  
Approuvé pour la Faculté des études supérieures  
Dr. David Lesbarrères  
Monsieur David Lesbarrères  
Dean, Faculty of Graduate Studies  
Doyen, Faculté des études supérieures

**CLAUSE D'ACCESSIBILITÉ ET PERMISSION D'UTILISER DES DOCUMENTS**

Je, **Chloé Françoise Jutras**, accorde à l'Université Laurentienne et à ses agents l'autorisation non exclusive d'archiver ma thèse ou mon rapport de projet et d'en permettre l'accès, en tout ou en partie et dans toute forme de média, maintenant ou pour la durée de mon droit de propriété du droit d'auteur. Je conserve tous les autres droits de propriété du droit d'auteur de la thèse ou du rapport de projet. Je me réserve également le droit d'utiliser dans de futurs travaux (comme des articles ou des livres) l'ensemble ou des parties de ma thèse ou de mon rapport de projet. J'accepte en outre que la permission de reproduire cette thèse de quelque manière que ce soit, en tout ou en partie à des fins savantes, soit accordée par le ou les membres du corps professoral qui ont supervisé mes travaux de thèse ou, en leur absence, par le directeur ou la directrice de l'unité dans lequel mes travaux de thèse ont été effectués. Il est entendu que toute reproduction ou publication ou utilisation de cette thèse ou de parties de celles-ci à des fins lucratives ne doit pas être autorisée sans ma permission écrite. Il est également entendu que cette copie est présentée sous cette forme par l'autorité du titulaire du droit d'auteur uniquement pour fins d'études et de recherches particulières et ne doit pas être copiée ou reproduite sauf en conformité avec la législation sur le droit d'auteur sans l'autorisation écrite du titulaire du droit d'auteur.

## Résumé

Les francophones du nord de l'Ontario sont une minorité linguistique qui se trouve en moins bonne santé comparativement à la population ontarienne. L'amélioration des soins de santé pour ces francophones demande une meilleure compréhension des services offerts par les médecins de famille et une meilleure compréhension des enjeux linguistiques entre patient et médecin. Une approche phénoménologique, centrée sur l'expérience du patient, guidée par le cadre méthodologique de l'« *Experience Based Design* » permet de comprendre l'expérience de soins de santé chez le médecin de famille pour des francophones de 35 ans et plus, résidents de régions urbaines et rurales du nord de l'Ontario. Les émotions des participants définissent les 16 points critiques de l'expérience d'une visite chez son médecin de famille. L'expérience selon la dimension de la (discordance)concordance linguistique est caractérisée par des sentiments d'(in)confort, d'(in)accessibilité, d'(in)sécurité et d'(in)aptitude des patients, des thématiques qui informent les priorités d'actions pour l'amélioration des services en santé en Ontario.

Mots-clés: Minorité linguistique francophone, Expérience des patients, Médecin de famille, Communication, Barrières linguistiques

## Désignation des coauteurs

Dr Alain P. Gauthier PhD. Centre de recherche en santé des milieux ruraux et du nord.  
École des sciences de l'activité physique. Université Laurentienne

Dr Georges Kpazaï PhD. École des sciences de l'activité physique. Université Laurentienne

Dr Daniel Coté PhD. School of Indigenous Relations. Université Laurentienne

## Remerciements

- ❖ Tous les participants aux groupes de discussion
- ❖ Dr Alain P. Gauthier PhD. Centre de recherche en santé des milieux ruraux et du nord. École des sciences de l'activité physique. Université Laurentienne
- ❖ Dr George Kpazaï PhD. École des sciences de l'activité physique. Université Laurentienne
- ❖ Dr Daniel Côté PhD. School of Indigenous Relations. Université Laurentienne
- ❖ Patrick E. Timony MA. Candidat PhD. Centre de recherche en santé des milieux ruraux et du nord. Université Laurentienne
- ❖ Monique Lapalme. Coordonnatrice des services en français. Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) du Nord-Est
- ❖ Monique Rocheleau. Directrice générale adjointe. Réseau du mieux-être francophone du nord de l'Ontario
- ❖ Anne Proulx-Séguin. Agente de planification et d'engagement communautaire, régions de Sudbury et Nipissing
- ❖ Sylvie Sylvestre. Agente de planification et d'engagement communautaire, région Timmins
- ❖ Elsa St-Onge. Agente de planification et d'engagement communautaire, régions Hearst et Kapuskasing (2015)
- ❖ Dr Bruce Oddson. École des sciences de l'activité physique, faculté de la santé. Université Laurentienne
- ❖ Dre Diana Urajnik. Université Laurentienne
- ❖ École en santé dans les milieux ruraux et du nord. Université Laurentienne
- ❖ Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du nord. Université Laurentienne
- ❖ Financement de la part de:
  - Fonds de recherche sur le système de santé du Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (2013-2016)
  - Ontario Graduate Studies (OGS)
  - Université Laurentienne

## Table des matières

Comité de soutenance de thèse .....	ii
Résumé .....	iii
Désignation des coauteurs .....	iv
Remerciements .....	v
Table des matières .....	vi
Liste des tableaux .....	ix
Liste des figures .....	x
Liste des annexes .....	xi
 <b>Chapitre 1 MISE EN CONTEXTE .....</b>	<b>1</b>
1.1 Introduction .....	1
1.2 Revue de la littérature .....	3
Santé des francophones .....	3
Services de santé de première ligne .....	9
Les effets des barrières linguistiques .....	14
La valeur ajoutée de l'expérience du patient .....	21
<b>Chapitre 2 APPROCHE THÉORIQUE .....</b>	<b>30</b>
2.1 Phénoménologie .....	30
2.2 Modèle conceptuel de Feldman-Stewart (2005) .....	34
2.3 Question de recherche .....	37
<b>Chapitre 3 MÉTHODE .....</b>	<b>38</b>
3.1 Aperçu de la collecte des données.....	38
Type de données recueillies .....	40
3.2 Cadre méthodologique: « Experience Based Design - EBD » .....	40
Qu'est-ce que l'expérience? .....	44
Qu'est-ce qu'une émotion? .....	44
Les étapes de recherche EBD .....	46
3.3 Recrutement des participants et préparations des groupes de discussion .....	49
Approbation déontologique .....	49
Caractéristiques des participants .....	49
Recrutement des participants à la recherche .....	51

Confirmation de la participation à la recherche .....	52
Compensation pour les participants .....	55
Notion de risque possible encouru pour les participants .....	55
Nombre de participants à la recherche .....	56
Consentement .....	57
Enregistrement des groupes de discussion .....	57
3.4 Déroulement des groupes de discussion .....	57
Partie A: Introduction: Accueil et formalités .....	58
Partie B: Activité « brise-glace » et EBD .....	59
Partie C (1): Discussion de groupe EBD .....	59
Partie C (2): Discussion de groupe EBD .....	61
Partie D: Fin du groupe de discussion .....	62
3.5 Informations sur les données et la distribution des résultats .....	62
Validation des données recueillies .....	62
Entreposage des données .....	63
Confidentialité et protection des données identifiantes .....	63
Communication des résultats aux participants .....	64
3.6 Analyse des données .....	64
Cadre d'analyse des données A .....	65
Cadre d'analyse des données B .....	67
3.7 Processus de l'analyse des données .....	68
3.8 Validité de la recherche .....	75
<b>Chapitre 4 RÉSULTATS .....</b>	<b>80</b>
4.1 Participation à la recherche .....	80
4.2 L'expérience d'une visite chez le médecin de famille .....	80
Description des points critiques .....	83
4.3 Dimensions qui influencent l'expérience chez le médecin de famille .....	102
4.4 Enquête sur les effets de la concordance et de la discordance linguistique .....	103
Expérience d'une visite chez le médecin de famille selon la dimension de la concordance et de la discordance linguistique .....	104
4.5 Émergence des thèmes émotionnels .....	105

Le confort et l'inconfort .....	108
L'accessibilité et l'inaccessibilité .....	120
La sécurité et l'insécurité .....	126
L'aptitude et l'inaptitude .....	131
4.6 Représentation des thèmes émotionnels vécus en raison de la concordance et de la discordance linguistique à travers l'ensemble de l'expérience d'une visite chez le médecin de famille .....	139
<b>Chapitre 5 DISCUSSION .....</b>	<b>142</b>
5.1 L'expérience d'une visite chez le médecin de famille: une expérience qui surpasse le rapport avec le médecin de famille – avant de voir le médecin .....	144
L'offre active de service en français: l'accueil au bureau du médecin .....	148
5.2 L'expérience d'une visite chez le médecin de famille: une expérience qui surpasse le rapport avec le médecin de famille – après avoir vu le médecin .....	151
5.3 L'expérience d'une visite chez le médecin de famille: une expérience de communication .....	156
La communication verbale et non verbale: le premier contact avec le médecin .....	156
L'offre active du service en français: le premier contact avec le médecin .....	158
Un mot sur le bilinguisme des patients Franco-Ontariens .....	159
L'expérience de la communication: le but de communication du patient .....	162
Un mot sur les attentes du patient francophone chez son médecin de famille .....	166
L'expérience du confort et de l'inconfort .....	170
L'expérience de l'accessibilité et de l'inaccessibilité .....	174
L'expérience de la sécurité et de l'insécurité .....	176
L'expérience de l'aptitude et de l'inaptitude .....	178
<b>LIMITES DE LA RECHERCHE .....</b>	<b>180</b>
<b>RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>184</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>186</b>
 Bibliographie .....	 188
Annexes .....	201



## Liste des tableaux

### Chapitre 3

Tableau 3.1 « Ensemble des critères de sélection des communautés » .....	39
Tableau 3.2 « Représentation de l'implication et de la considération des étapes de recherches EBD dans notre projet de recherche » .....	48
Tableau 3.3 « Temps, heure et emplacement des groupes de discussion » .....	54
Tableau 3.4.1 « Exemples de questions aux participants » .....	60
Tableau 3.4.2 « Questions aux participants en lien avec la concordance et la discordance linguistique » .....	61
Tableau 3.8 « Procédures de validation de la recherche qualitative de Creswell et Miller (2000) et implication des procédures de validation de la recherche qualitative dans notre étude » .....	76

### Chapitre 4

Tableau 4.1 « Participation à la recherche » .....	80
Tableau 4.2 « Les points critiques qui caractérisent la visite chez le médecin de famille » .....	81
Tableau 4.3 « Dimensions qui influencent l'expérience chez le médecin de famille » .....	103
Tableau 4.4 « Points critiques où la concordance ou la discordance linguistique on un effet direct sur le vécu émotionnel des participants lors d'une visite chez leur médecin de famille » .....	104
Tableau 4.5 « Regroupement des émotions et émergence des thèmes émotionnels vécus par des patients francophones en raison de la concordance (émotions positives) et de la discordance (émotions négatives) durant l'expérience d'une visite chez le médecin de famille » .....	107

## Liste des figures

### Chapitre 3

Figure 3.7.1 « Exemple d’une unité de texte (UT) au moment de préparer son rendez-vous chez son médecin de famille, dans un cas de discordance linguistique » .....	71
Figure 3.7.2 « Organisation des données » .....	73
Figure 3.7.3 « Exemples d’UTs qui caractérisent le début de la visite » .....	73
Figure 3.7.4 « Exemples d’UTs qui caractérisent la fin de la visite » .....	74

### Chapitre 4

Figure 4.2 « L’expérience d’une visite chez le médecin de famille » .....	82
Figure 4.4 « L’expérience d’une visite chez le médecin de famille selon la dimension de la concordance et de la discordance linguistique » .....	105
Figure 4.6.1 « Modèle conceptuel du « cœur » des émotions des participants » .....	139
Figure 4.6.2 « L’expérience d’une visite chez le médecin de famille pour des francophones de 35 ans et plus, résidents du nord de l’Ontario, et le vécu émotionnel des participants selon la dimension de la concordance et de la discordance linguistique » .....	141

## Liste des annexes

Annexe A « Certificat d’approbation éthique » .....	201
Annexe B « Affiche de recrutement des participants » .....	202
Annexe C « Lettre d’information aux participants » .....	203
Annexe D « Liste d’instances de soutien psychologique destinées aux participants » .....	204
Annexe E « Formulaire de consentement » .....	205
Annexe F « Liste d’émotions fournie aux participants lors des groupes de discussion » .....	207
Annexe G « Ligne de temps, groupe de discussion 1: Sudbury » .....	208
Annexe H « Ligne de temps, groupe de discussion 2: Sudbury » .....	208
Annexe I « Ligne de temps, groupe de discussion 3: Kapuskasing » .....	209
Annexe J « Ligne de temps, groupe de discussion 4: Hearst » .....	209
Annexe K « Ligne de temps, groupe de discussion 5: Timmins » .....	210
Annexe L « Ligne de temps, groupe de discussion 6: Timmins » .....	210
Annexe M « Recherche en FOCUS sur la recherche » .....	211
Annexe N « Research in FOCUS on Research » .....	215

**L'expérience d'une visite chez le médecin de famille**  
**par des francophones de 35 ans et plus, résidents du nord de l'Ontario**

**Chapitre 1 MISE EN CONTEXTE**

Historiquement, plusieurs discussions importantes ont concerné les francophones en Ontario, tant au niveau des politiques qu'au niveau des questions relatives à la santé des populations en situation de minorité linguistique. L'importance du phénomène de la santé et de la minorité linguistique francophone est remarquable par la documentation exhaustive qui se rapporte à ce sujet, ainsi que par l'engagement d'instances gouvernementales, universitaires et communautaires dans la recherche et dans les actions particulières pour l'amélioration des services de santé en français et la santé des francophones en Ontario.

Dans la dernière décennie, un ensemble de publications mettent en évidence que les francophones en Ontario sont moins en santé que les Ontariens en général (Picard et coll., 1999; REDSP, 2005; Bouchard et coll., 2011 et 2012a; Kalay et coll., 2013). De surcroît, on affirme que les francophones en Ontario se disent, eux-mêmes, être en moins bonne santé que les anglophones (REDSP, 2005; Bouchard et coll., 2009; Bouchard et coll., 2012a; Bouchard et coll., 2014). Bouchard et coll. (2014) rapportent même que les aînés francophones de la province sont plus nombreux que l'ensemble de la population anglophone en Ontario à affirmer avoir un état de santé moins désirable.

La santé des aînés francophones est préoccupante, cela particulièrement en sachant que depuis les années 70, l'augmentation du nombre de francophones selon l'âge dans la province « a touché essentiellement les personnes de plus de 35 ans alors que les personnes de moins de 35 ans ont vu leur nombre diminuer de façon importante, principalement en raison d'un taux de fécondité

inférieur au seuil de remplacement de la population » (Statistique Canada, 2015). La population francophone en Ontario est donc non seulement une population en situation linguistique minoritaire, mais aussi une population vieillissante. Nous revenons plus tard sur le sujet de l'âge en discutant la décision de cibler une population de 35 ans et plus pour notre bassin de recrutement des participants à la recherche.

L'étude des rapports d'information sur la population francophone en Ontario révèle qu'un travail est nécessaire afin de répondre aux besoins des Franco-Ontariens en matière de santé. D'ailleurs, en avril 2010, le Consortium national de formation en santé et la Société Santé en Français (SSF), fait paraître le document nommé « *La santé des francophones en situation minoritaire: un urgent besoin de plus d'information pour offrir de meilleurs services* ». Ce rapport stipule le besoin imminent d'« [...] outiller le plus rapidement possible les intervenants dans le domaine de la santé afin qu'ils puissent mieux définir une offre de services en français de qualité » (CNFS, 2010, p. 5). Pour y arriver, on résume que l'acquisition de nouvelles informations est nécessaire par l'inclusion de la variable linguistique dans les études, et cela en ciblant surtout les instances fédérales de gestion des données et les instances de gestion des services de santé à la grandeur du pays.

Quelques années plus tard, en 2013, Kalay et coll. ont mené à leur tour une enquête auprès d'experts chercheurs, professionnels de la santé, décideurs, et usagers de services de santé en Ontario dans le but de cibler des priorités de recherche pour la santé des francophones dans la province. Ces auteurs distinguent dans leur discussion trois priorités d'action soit les services de santé en français, les ressources humaines en santé, et les politiques de services de santé en français, et cela en plus de plusieurs sous thèmes qui méritent une attention particulière, l'un d'eux étant aussi le « «recueil systématique des données linguistiques » (2013, p. 86).

Depuis, l'importance des données linguistiques résonne dans le pays, et les dernières années transportent une vague d'initiatives pour l'amélioration des services de santé en français, et ces dernières sont soutenues par plusieurs organisations qui retentissent fortement dans le pays. Cela fut évident lors du « 2<sup>e</sup> colloque scientifique sur la santé des communautés de langue officielle du Canada », en février 2017, qui a fait paraître une multitude d'études canadiennes éclairant de nouveau la question de la santé des communautés francophones en situation minoritaire ainsi que plusieurs initiatives destinées à pallier les disparités en matière de santé et des services de santé disponibles aux francophones au Canada.

Aujourd'hui, les études et les actions en réponse aux besoins de santé des francophones en Ontario sont très nombreuses et même innombrables. Afin de contribuer avec efficacité au domaine de recherche, nous avons reconnu dans les écrits que lorsqu'on évoque l'amélioration de l'état de santé d'une population, comme pour les francophones en Ontario, on met l'accent sur l'importance des services de santé de première ligne qui sont offerts à cette population (gouvernement du Canada, 2012a). C'est alors pour cette raison que ce projet de thèse informera le dossier de la santé des francophones en Ontario, avec une attention particulière aux services de santé de première ligne offerts par des médecins de famille dans des régions fortement francophones de la province.

## **1.2 Revue de la littérature**

### Santé des francophones

Le Canada, régi par la Loi sur les langues officielles (1969), reconnaît de façon égale le français et l'anglais comme les deux langues officielles du pays. De plus, c'est avec l'article 41

que le Canada s'engage de « [...] soutenir le développement des minorités linguistiques; [de] promouvoir la pleine reconnaissance des deux langues officielles [et de] prendre des mesures pour assurer la progression vers l'égalité de statut et d'usage du français dans la société canadienne » (Bouchard et Desmeules, 2013, p. 39).

Comme nous le savons bien, chaque province canadienne est comblée de communautés de langues officielles qui se retrouvent en situation de minorité linguistique. Dans l'article « *Les minorités linguistiques du Canada et la santé* », Bouchard et Desmeules (2013) introduisent les pourcentages de Canadiens francophones et anglophones qui vivent en situation linguistique minoritaire dans le pays, et c'est en Ontario que l'on trouve le plus grand nombre de francophones vivant hors Québec en situation linguistique minoritaire. L'appartenance à une communauté linguistique minoritaire ou majoritaire renvoie aussi à la question du statut social d'un groupe dans une région donnée. Lorsqu'on se rappelle que le statut social est un des déterminants de la santé au Canada (Agence de la santé publique du Canada, 2011) on s'interroge alors sur les effets possibles de la situation linguistique minoritaire comme « position sociale » qui serait aussi déterminante de la santé. Révétons que ce lien a été premièrement exploré par Bouchard et Meunier dans un ouvrage qui a paru en 2011 (Bouchard et Desmeules, 2013).

Parlant des communautés linguistiques minoritaires au Canada, nous sommes choyés que chaque province rapporte des données comparatives de l'état de la santé des populations qui sont propres à leurs milieux. Cependant, à l'étude des données, il faut aussi faire place à la vigilance comme Bouchard et Desmeules le rappellent, car il est courant que les données ne soient pas toujours « [...] très abondantes et souvent partielles » (2013, p. 42).

Néanmoins, l'exploration des informations disponibles relatives à la santé et relatives à l'offre de service de santé aux populations dans des situations de minorité linguistique dénonce la

présence d' « [...] indicateurs plus défavorables à la santé [...] » (p. 42) pour les francophones au Nouveau-Brunswick (Bouchard et Desmeules, 2013) et en Ontario, on signale des ratios défavorables en matière d'offre de service en français offert aux minorités linguistiques par les médecins dans leur région (Bouchard et Desmeules, 2013). Par ailleurs, au Québec, on signale la disparité de la population en générale, « déclarant ne pas avoir de médecin » (Bouchard et Desmeules, 2013, p. 45) avec un taux de 23% (deux fois le pourcentage Canadien hors Québec) pour les Québécois qui n'auraient pas de médecin de famille. Plus tard, nous revenons à l'importance du médecin pour la santé. Reste que partout au Canada on discute des difficultés de l'obtention de services de santé dans la langue minoritaire (Bouchard et Desmeules, 2013) cela incluant l'offre de services de santé en anglais au Québec, et on conclut dans Bouchard et Desmeules (2013), en accordant encore l'attention nécessaire à « la situation linguistique minoritaire comme déterminant de la santé » (p. 46).

En parallèle aux discussions éclairant les situations de minorité linguistique au pays relative à la santé, il est aussi essentiel de comprendre quelles sont les difficultés de santé qui sont vécues par les populations qui se retrouvent en situation linguistique minoritaire. Pour l'Ontario, Bouchard et coll. (2012a) présentent dans leur ouvrage: « *La santé des francophones de l'Ontario: Un portrait régional tiré des Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)* » un ensemble des données comparatives de la santé de francophones et d'anglophones en Ontario. Les données suivantes sont disponibles depuis la synthèse des résultats de « [...] huit cycles d'enquêtes de 130 000 répondants (par année ou étalés sur deux ans dépendamment des cycles [...]) » (p. 6) au cours des années 2001 à 2009 (Bouchard et coll., 2012a).

En débutant cette discussion, sachant qu'il peut être difficile de dénommer un francophone d'un anglophone lors d'une analyse statistique, précisons que les chercheurs Bouchard et coll., ont



privilié l'utilisation d'un algorithme afin « [...] d'identifier le plus précisément possible les locuteurs francophones et anglophones [...] » (2012a, p. 18). Dans leur rapport, on souligne dès les premières pages des recommandations en matière d'actions sanitaires: on explique toujours que « comparativement à la population anglophone de l'Ontario, une proportion élevée de francophones: perçoit beaucoup de stress dans sa vie; déclare plus d'une maladie chronique; souffre d'asthmes, de maux de dos et/ou d'hypertension; présente un surplus de poids; est inactive physiquement; consomme moins de 5 fois/portions de fruits et de légumes par jour [et] est exposée à la fumée secondaire » (Bouchard et coll., 2012a, p. 7). De plus, en matière de santé, « la population francophone en Ontario est plus âgée (18% vs 14% sont âgés de 65 ans ou plus), moins éduquée (29% vs 22% ont moins d'un diplôme d'études secondaires) [...] [et elle est] plus concentrée en milieu rural (24% vs 15%) [...] » (Bouchard et coll., 2012a, p. 13).

En plus des différences en matière d'âge, d'éducation et d'environnement, variables qui sont déterminantes de la santé (Agence de la santé publique du Canada, 2011), Bouchard et coll. (2012a) rapportent que « [...] plus de la moitié des francophones (53%) et des anglophones (51%) souffrent d'une ou de plusieurs maladies chroniques [et que] la différence est particulièrement marquée dans la région du Nord-est, où 62% des francophones et 59% des anglophones déclarent plus d'une maladie chronique » (Bouchard et coll., 2012a, p. 13). En matière de problématiques de la santé nommant l'arthrite, la fibromyalgie et l'hypertension, plus de francophones vont souffrir que d'anglophones. Par contre pour le diabète, la maladie cardiaque, les troubles intestinaux, le cancer et l'accident vasculaire cérébral, les taux d'affections affligent de manière similaire les francophones et les anglophones (Bouchard et coll., 2012a). Du côté des troubles de santé mentale, les pourcentages sont aussi comparables entre les francophones et les anglophones en Ontario, tandis que pour le stress au travail, plus de francophones (35%) que d'anglophones

(29%) disent « ressentir beaucoup du stress au travail » (p. 28), mais pour la région du Nord-est de l'Ontario la perception du stress élevée au travail est aussi pareille (28,6%) pour les francophones et les anglophones (Bouchard et coll., 2012a).

Bien que ce rapport peint un grand portrait de la santé populationnelle en Ontario tout en permettant l'examen des oppositions et des similitudes en matière de santé pour les francophones et les anglophones, reste que certaines des conclusions sont limitées en raison de la sous-représentation de certaines communautés francophones, incluant la sous-représentation de communautés francophones du nord de la province (Bouchard et coll., 2012a). On reconnaît que les grandes enquêtes, tel un recensement canadien, « sont limitées quant à leur capacité d'étudier des petites populations » (Bouchard et coll., 2012a, p. 7), et c'est pourquoi nous nous sommes alors tournées vers les travaux de *Qualité des services de santé Ontario* (2017) pour mieux comprendre la situation de santé des francophones au nord de la province, sachant aussi que plusieurs des grandes communautés de francophones en Ontario se trouvent au nord de la province.

À plus de 800 000 kilomètres carrés, le nord de l'Ontario est divisé en deux régions: le Nord-ouest et le Nord-est. Ces régions abritent plusieurs communautés urbaines et rurales, même parfois isolées, qui abritent des communautés francophones qui sont bien établies dans leurs milieux comme dans le district de Thunder Bay ainsi que dans la région de Cochrane où 46,% de la population est francophone (RLISS du Nord-est Cochrane, 2014 dans *Qualité des services de santé Ontario*, 2017, p. 6). Par ailleurs, uniquement dans la région du Nord-est, « plus d'une personne sur cinq (21,6%) déclare le français comme langue officielle parlée, soit plus de 5 fois le taux de l'Ontario de 3,9% » (Statistique Canada, 2012 dans *Qualité des services de santé Ontario*, 2017, p. 6).

Parlant de santé, on retrouve dans les deux régions du nord de l'Ontario des phénomènes semblables qui diffèrent considérablement des moyennes provinciales. D'ailleurs on dit « les personnes qui vivent dans le nord de l'Ontario ont souvent des expériences très différentes de celles des Ontariennes et des Ontariens en général en ce qui concerne leur santé et les services qu'ils reçoivent » (Qualité des services de santé Ontario, 2017, p. 11). Notamment, à comparer aux moyennes ontariennes, les gens du nord « ont des espérances de vie plus courtes; sont beaucoup plus susceptibles de mourir avant 75 ans [à cause de suicide, de maladies du système circulatoire et de maladies du système respiratoire]; [et] sont beaucoup moins susceptibles de déclarer qu'ils peuvent consulter un fournisseur de soins primaires, comme un médecin de famille [...] » (Qualité des services de santé Ontario, 2017, p. 11 et 18).

En ce qui concerne l'affection de maladie chronique comme le diabète, l'anxiété, la dépression et la maladie cardiaque, on rapporte similairement dans le Nord-est (25,3%) et dans le Nord-Ouest (24,5%) des taux auto-déclarés d'une affection de plus de deux maladies chroniques par personne (Qualité des services de santé Ontario, 2017). On remarque aussi que ces taux sont sévèrement élevés comparativement au taux de l'ensemble de l'Ontario qui siège à 19,7% (Qualité des services de santé Ontario, 2017). De même pour le tabagisme auto-déclaré dans les deux régions du Nord, le taux est à plus de 25%, soit un pourcentage qui s'avère plus grand que le taux pour l'ensemble de la province (Qualité des services de santé Ontario, 2017).

À la lumière de ces statistiques, on conclut facilement que le nord de l'Ontario abrite dans ces communautés des citoyennes et des citoyens, qui sont en moins bonne santé et pour lesquels l'accès aux services de santé nécessaires est plus difficile en raison de la superficie du territoire (Qualité des services de santé Ontario, 2017).

Toutefois, en ce qui concerne l'offre et l'accès des services de santé en français, l'Ontario détient à présent la *Loi sur les Services en français* qui règne dans son ampleur afin que le gouvernement de la province « assure la prestation des services en français » (Ontario, 2017a) au sein d'organismes gouvernementaux et d'organismes désignés à offrir des services publics, cela y compris des organismes offrant des services de soins de santé (Ontario, 2017a). En surplus, parmi les 25 régions de l'Ontario qui sont désignées par la Loi, un grand nombre d'entre elles se retrouvent aussi dans le nord de la province (Ontario, 2017a). C'est alors avec la *Loi sur les services en français* que le développement de l'offre de services de santé francophones se poursuit et retient toute son importance, non seulement en raison des besoins de santé des minorités linguistiques, mais en raison du poids législatif, chose essentielle en considérant la nécessité des services de santé de première ligne pour les populations au Canada.

### Services de santé de première ligne

C'est en 2012 que Santé Canada nous parvient avec la définition de ce qu'est le service de santé de première ligne, ou le soin de santé primaire. On explique que cela fait référence au « [...] premier point de contact avec le système de soins de santé [et qu'] actuellement, les services de soins primaires au Canada sont surtout fournis par les médecins de famille et les praticiens médicaux généraux [...] » (gouvernement du Canada, 2012a). On poursuit en expliquant que « lorsque les gens ont besoin de soins de santé, ils se tournent le plus souvent vers des services de soins de santé primaires [...] » (gouvernement du Canada, 2012b). En correspondance, le Collège des médecins de famille du Canada explique également que le « premier point de contact » en est souvent avec le médecin de famille et que « [...] les médecins de famille sont les principaux dispensateurs de soins médicaux de première ligne [...] au pays » (CMFC, 2005). De plus, on

compte aussi parmi les indicateurs du mieux-être au Canada le fait d'avoir l'accès régulier à un médecin de famille (Université de Waterloo, 2017).

L'importance des médecins de famille pour la santé des Canadiennes et des Canadiens est ancrée dans les écrits scientifiques et dans la pensée populaire. Dans un article du journal quotidien « *Globe and Mail* » en novembre 2004, Andre Picard fait allusion à la nécessité des médecins de famille en discutant du déclin de médecins de famille dont ont besoin les Canadiennes et les Canadiens. Le manque de médecin de famille et le manque d'accès aux services de santé, c'est une « situation alarmante » [traduction libre] dit Picard (2004, en ligne), en citant le trio du Collège des médecins de famille du Canada, l'Association médicale Canadienne et le Collège Royal des médecins et des chirurgiens du Canada dans son article.

Par ailleurs, la discussion de la « crise » de médecin de famille est approfondie davantage par le Collège des médecins de famille du Canada dans leur rapport « *Family Medicine in Canada* » qui paraît aussi en 2004. On explique premièrement que « [...] les Canadiens continuent d'attribuer une grande valeur au rôle du médecin de famille. Plus de deux tiers [des Canadiens] indiquent que le médecin de famille est leur pourvoyeur de soins le plus important » [traduction libre] (CMFC, 2004, p. 3) et qu'en raison de plusieurs changements systémiques, il est devenu un défi pour des médecins de famille de « [...] maintenir leur engagement à une offre de service compréhensive et continue, chose que les Canadiennes et les Canadiens nécessitent pour répondre à leurs besoins [traduction libre] (CMFC, 2004, p. 3).

Naturellement, nous n'avons aucun doute de l'importance des médecins de famille pour la santé des Ontariennes et des Ontariens, et cela aussi spécifiquement pour les francophones en situation minoritaire. D'ailleurs, en discutant de la santé des Ontariens, l'officier-chef exécutif du chapitre ontarien du Collège des Médecins de famille du Canada explique que « l'amélioration de

la médecine familiale est l'antidote nécessaire – dans les grandes villes, les petites villes et dans les collectivités éloignées et rurales » [traduction libre] (Kasperski, 2011, p. 3) pour la santé des populations. Plus récemment aussi, Qualité des services de santé Ontario (2015) via une discussion sur la santé en Ontario, réitère encore la nécessité, et même la dépendance des Ontariennes et des Ontariens aux soins de santé primaire pour la santé et le bien-être (p. 6). En ce qui concerne le nord de l'Ontario, les recherches de Gauthier et Timony et coll. (2012; 2015) sont aussi ancrées dans le mouvement de recherche qui porte une attention particulière à la santé des francophones dans le nord de la province, et cela tout particulièrement par l'entremise du point de vue des médecins de famille.

Il vaut la peine de mentionner aussi que le rapport de Bouchard et coll. (2012a) qui compare l'état de santé des francophones et des anglophones de l'Ontario, examine aussi la santé des Ontariens relativement au nombre de visites chez le médecin de famille. Ici, l'importance du médecin de famille pour la santé est apparente alors qu'on rapporte que « dans l'ensemble, 90% de la population de l'Ontario ont un médecin de famille [...] [et qu'] une proportion élevée de francophones (78%) et d'anglophones (80%) affirment avoir consulté leur médecin de famille au cours des 12 mois précédant l'enquête » (Bouchard et coll., 2012a, p. 15). Bien que francophones et anglophones visitent leur médecin de famille et que d'autres similitudes existent pour les francophones et les anglophones quant à l'utilisation des services de santé de première ligne, Bouchard et coll. (2012a) rapporte aussi des différences significatives dans l'utilisation des services chez les deux groupes. Par exemple, alors que « presque 100% des anglophones parlent anglais avec leur médecin de famille » (p. 15) seulement « 52% des francophones disent parler français avec leur médecin de famille » (p. 15). De plus, « le manque de médecin de famille » est rapporté par « 50% des francophones du nord-est » de la province (Bouchard et coll., 2012a, p.

15). De plus, un récent sondage auprès de francophones âgées de 65 ans et plus révèle que 67% des participants vivant au nord de l'Ontario (n= 813) reconnaissent « le besoin des soins de routine pour soi ou un membre de la famille » (Bouchard et coll., 2014, p. 3).

En somme, quand on parle de la population francophone du nord de l'Ontario, on évoque une population moins en santé, mais qui possède tout de même des médecins de famille. Généralement, les francophones semblent avoir recours aux services de première ligne, mais ces services ne sont pas nécessairement en français (Bouchard et coll., 2012a; 2012b et 2014). En ajout, en parlant de l'offre de services de santé en français dans la province, les recommandations de l'Assemblée de la francophonie de l'Ontario prononcent que l'amélioration de l'état de santé des francophones ainsi que l'amélioration de la qualité des soins de santé offerts aux francophones est liée non seulement à l'offre de services de santé primaire, mais à l'offre de services de santé primaire en français (Assemblée de la francophonie de l'Ontario, 2014).

Heureusement, à cet égard, on trouve l'œuvre d'autres chercheurs qui vont éclairer la réalité quant à la disponibilité des services de santé de première ligne en français pour les francophones en Ontario. On trouve notamment qu'en 2007, depuis le critère de la première langue parlée, nous avons 138 francophones pour chaque médecin en Ontario et 297 francophones pour chaque médecin de famille en mesure d'offrir des services en français (Gauthier, Timony et Wenghofer, 2012). La suite des recherches de Timony et coll. (2013) dans « *Promising quantities, disappointing distribution* » nous informe que même si les ratios de médecins qui peuvent offrir des services en français sont prometteurs pour les francophones, on trouve un plus grand ratio (5.6) de ces médecins par 1000 habitants francophones dans les communautés ontariennes où moins de 10% de la population est francophone. Cela laissant, en revanche, les communautés fortement

francophones rurales du Sud et du nord de la province avec les plus petits ratios de médecins pouvant offrir des services en français aux résidents francophones (Timony et coll., 2013).

Parmi les conclusions des chercheurs, on articule la tendance d'une décroissance du nombre de médecins pouvant offrir des services en français selon la croissance du nombre d'habitants francophones dans une région et cela surtout dans le nord de la province (Timony et coll., 2013). Par ce constat, nous pouvons faire lien avec le rapport de Bouchard (2012) qui nous rappelle que « 52% des francophones disent parler français avec leur médecin de famille » et que « le manque de médecin de famille » a été rapporté par « 50% des francophones du nord-est » de la province (p. 15).

Depuis ces constats, on considère déjà les liens qui existent entre l'offre de service de première ligne, la langue dans laquelle le service est offert, et l'état de santé de la personne à laquelle le service est offert. Cet enchaînement rejoint également l'ancienne mission du Réseau du mieux-être francophone de l'Ontario en 2014 qui avait réconcilié les mêmes principes, en disant que « plus d'accès et plus de services équitables en français (donc plus de médecins francophones) résultent en la meilleure santé de la population francophone » (RMEFNO). Aujourd'hui en 2017, le RMEFNO opère toujours « en collaboration avec ses partenaires, il planifie, réseaute et assure l'engagement de la communauté afin d'améliorer l'accès et l'équité à des services de santé en français », et cela, toujours dans une vision « [...] proactive favorisant l'offre de services de santé en français » (RMEFNO, 2017).



### Les effets des barrières linguistiques

Dans le résumé électronique du rapport « Santé dans le Nord » de Qualité des services de santé Ontario (2017), on mentionne de nouveau que moins de francophones dans le nord de l'Ontario se déclarent être en « très bonne ou excellente santé » comparativement au reste de la province. De même, le rapport conclut que « pour éviter les barrières linguistiques dans le secteur des soins de santé la population francophone a besoin d'avoir des services médicaux qui lui sont offerts en français, à un niveau comparable aux services qui sont offerts en anglais » (Qualité des services de santé Ontario, 2017, p. 8).

En recherche, lorsqu'on discute du rapport linguistique entre le patient et le médecin de famille, on évoque la notion de la concordance et de la discordance linguistique. En bref, lorsque le patient et le médecin de famille parlent la même langue, on parle de concordance linguistique. En revanche, un médecin de famille qui ne parle pas la même langue que son patient est une situation de discordance linguistique.

Étant donné l'importance dite notable de l'offre de service de santé de première ligne en français (concordance linguistique) pour la population francophone en Ontario, spécialement dans les communautés fortement francophones, nous souhaitons aussi étudier les effets de l'apport de la concordance linguistique à la relation entre le patient et le médecin de famille. À notre connaissance, aucune recherche n'a fait l'étude des effets de la concordance ou de la discordance linguistique chez le médecin de famille pour la population francophone du nord de l'Ontario. Ainsi, une exploration des effets « barrières linguistiques » dans le contexte de la médecine familiale est nécessaire, surtout afin de découvrir les effets possibles de ces barrières pour rendre

compte des raisons pour lesquelles les Franco-Ontariens ont « [...] besoin d’avoir des services médicaux qui sont offerts en français [...] » (Qualité des services de santé Ontario, 2017, p. 8). »

À cet effet, c’est en 2015 que Sarah Bowen développe un rapport exhaustif des impacts des barrières linguistiques sur la sécurité du patient et la qualité des services de santé pour Société Santé en français; une organisation canadienne composée de plusieurs réseaux provinciaux, dévoués à « l’épanouissement en santé des communautés francophones et acadiennes vivant en milieu minoritaire » (SSF, 2015). Son travail résume l’œuvre de plusieurs auteurs dont Schyve (2007) qui élabore le principe fondateur suivant: « l’offre d’un service, centré sur les patients, sécuritaire et de haute qualité dépend de la communication efficace entre patients, professionnels de la santé, et les familles des patients » [traduction libre] (p. 361).

Comme l’explique l’analyse de Bowen (2015), étant donnée l’étude du phénomène des barrières linguistiques entre patient et médecin dans diverses disciplines, les écrits décrivent les effets des barrières linguistiques en plusieurs concepts parents ou voisins qui se chevauchent dans leur ensemble, mais qui, soyons avertis, restent tout aussi équivoques. Par exemple, le concept de la satisfaction du patient et le concept des services centrés sur les patients sont différents en nature, mais ils se rejoignent dans leur discussion commune de « l’expérience du patient, de la satisfaction d’un service, de l’intention de retourner vers un service, de la confiance dans le pourvoyeur de soins et de la satisfaction envers la communication » [traduction libre] (Bowen, 2015, p. 10). À ces premiers concepts discutant des effets des barrières linguistiques, d’autres auteurs vont aussi avancer les effets pour la sécurité du patient, la satisfaction du pourvoyeur de soins, l’efficacité et l’utilisation d’un service, la qualité du service, ainsi que les effets envers l’accessibilité aux services (Bowen, 2015, p. 10-11). Malgré tout, au-delà des différences terminologiques, la

documentation congrue aux multiples aspects des effets des barrières linguistiques, et cela autant pour les patients et pour les médecins (Bowen, 2015).

Comme le démontrent les travaux de Bowen, nombreux sont les chercheurs qui ont étudié les effets de la concordance ou de la discordance linguistique entre le patient et le médecin, et les effets sur la santé de patients. Fernandez et coll. (2011) par exemple, offre la conclusion que la discordance linguistique entre patient et médecin contribue aux disparités de santé pour les personnes d'origines latino-américaines qui souffrent du diabète. Dans une étude sur les personnes âgées atteintes de troubles d'asthme, on associe également le fait de ne pas bien connaître l'anglais « *limited language proficiency* » à l'éventualité de moins bons états de santé « *worst outcome* » et de la prise en charge plus faible de sa santé; caractérisé par des comportements tels l'adhésion moins bonne à la prise de médicaments (Wisnivesky et coll., 2012).

En termes de l'évaluation de la qualité du service et du soin de santé reçu, Pérez-Stable et coll. (1997); Clark et coll. (2004) Wilson et coll. (2005); Green et coll. (2005); Pippins et coll. (2007); Kanter et coll. (2009), ont développé des études comparatives qui rapportent la réalité de patients de divers groupes ethniques qui ne maîtrisent pas bien l'anglais et qui reçoivent des services de médecins anglophones, soit des cas de discordance linguistique. Les groupes de comparaison constituent d'autres individus qui parlent la même langue maternelle que les autres patients, mais qui ont reçu un service de santé avec concordance linguistique grâce au médecin de famille, ou avec la présence d'un interprète. Wilson (2005), trouve que la discordance linguistique, comme barrière linguistique qui heurte la facilité de comprendre les indications du médecin, augmente « les risques de réactions adverses aux médicaments pour les individus qui auront de la difficulté à suivre les indications des médicaments » [traduction libre] (p. 804). On recommande

alors « [...] de réduire les barrières linguistiques afin d'améliorer la qualité des services de santé en augmentant le nombre de médecins de famille » [traduction libre] (Wilson, 2005, p. 805) qui répondent aux besoins de concordance linguistique dans une région donnée. D'autre part, Pippins (2007) conclut que dans les cas de discordance linguistique avec le médecin de famille, l'expérience est plus négative que celle des individus en situation de concordance linguistique, et que cette expérience négative est expliquée en termes de difficulté d'accès aux services et du manque de continuité dans l'offre de services.

Dans l'étude de Kanter (2009), on rapporte que dans le cas de discordance linguistique, les patients disent ne comprendre que « la moitié de ce que leur disait leur médecin de famille » [traduction libre] (p. 80) sans avoir les moyens de demander des informations supplémentaires. Aussi, les cas de discordances linguistiques rapportent ne pas pouvoir exprimer les « détails d'une situation [...] afin de recevoir un service spécialisé » [traduction libre] (p. 80). Aussi, dans la même étude de Kanter (2009), qui utilise le groupe de discussion comme méthode de collecte de donnée, les cas de concordance linguistique rapportent un « [...] haut degré de satisfaction du service de première ligne ainsi qu'une confiance [des patients] dans les décisions de leurs médecins de famille » [traduction libre] (p. 81).

Bowen (2015), lance le rappel important que la majorité des études des effets des barrières linguistiques entre patients et médecins ont été effectuées hors Canada, et notamment aux États-Unis. En raison des différences entre le système de santé Américain et Canadien, et de l'utilisation du terme « médecin » est appliqué dans plusieurs circonstances (médecine familiale et médecine spécialisée, hôpitaux, cliniques, etc.), soyons vigilant que les écrits ne spécifient pas toujours si le service de santé en question est offert à un patient dans un contexte de médecine famille ou non,

telle est l'intention de cette étude. Toutefois, Bowen conclut aussi dans ses ouvrages que dans bien des cas, une généralisation des résultats d'études internationales évaluant les barrières linguistiques entre patient et médecin est appropriée au contexte canadien (Bowen, 2001; 2015).

À date, les études canadiennes concernant les barrières linguistiques ont surtout eu comme objet l'analyse des différences de l'utilisation de services de santé chez les populations immigrantes ou de communautés culturelles, ou l'analyse de l'expérience de l'accessibilité et de la disponibilité de services en français (de Moissac et coll., 2015). Bien que ces études informent la recherche sur les barrières linguistiques en santé dans un contexte canadien, on remarque qu'elles le font sans pour autant cibler les effets précis des barrières linguistiques, soit une limite importante de la littérature canadienne en matière des effets de la concordance ou de la discordance linguistique tel remarquer par Bowen (2015). Néanmoins, la récente contribution de de Moissac et Bowen (2017) auprès de francophones en contextes de minorités linguistique au Canada dévoile que dans l'absence de services en français les patients peuvent démontrer un comportement évitant envers le service. L'évitement d'un service de santé de première ligne en raison de barrières linguistiques, surtout imaginons-le, dans le cas commun d'affection de maladie chronique pour les francophones du nord, reste un obstacle majeur à la santé et au rétablissement.

Par ailleurs, dans le document canadien qui paraît en 2015 depuis l'hôpital d'Iqaluit et qui s'intitule: « If you cannot Communicate with your Patient, Your Patient is Not Safe », on explique que la demande du patient à recevoir un service dans sa langue de préférence ou dans sa langue maternelle soit en Inuktitut ou en français n'est pas une simple « faveur » que l'on demande à son professionnel de la santé, mais plutôt c'est l'expression essentielle de besoins primaires du patient quant à l'« accessibilité et la sécurité, ainsi que la qualité et l'égalité en matière de services »

[traduction libre] (Beach et coll., 2006 et Betancourt, 2006 dans Qikiqtani General Hospital, 2015, p. 2). Mentionnons aussi que ce rapport vient exister à la suite d'une série d'allégations contre l'hôpital d'Iqaluit de la part des communautés Inuites et francophones de la région: les deux communautés stipulant dans des études de cas, le manque de ressources disponible dans leurs langues et les effets pénibles des barrières linguistiques sur leur vie (2015). En détail, on nomme aussi les effets négatifs des barrières linguistiques en matière de la qualité des services et de l'accessibilité au service en plus des enfreintes de la confidentialité et de la conformité au plan de soins pour le patient (Qikiqtani General Hospital, 2015). De surplus, on dévoile dans le rapport que « les patients Inuit et francophones ne bénéficient pas des mêmes standards éthiques que les patients qui parlent l'anglais en matière de soins de santé » [traduction libre] (Qikiqtani General Hospital, 2015, p. 30).

Bowen (2015) fait aussi remarquer les conclusions de projets de recherches sur l'expérience des patients et l'expérience des communautés en matière de soins de santé (y compris des études Canadiennes) qui réitèrent le besoin prioritaire d'actions sur les enjeux des barrières linguistiques pour des communautés en situation de minorités linguistiques. On raccorde ensuite, qu'il est « [...] nécessaire de cibler les barrières linguistiques, non seulement car elles sont une source bien documentée de disparités [en matière de santé], mais, car la communication est une exigence de base dans l'offre d'un service de santé qui est centré sur le patient » (Saha et Fernandez, 2007 dans Bowen, 2015, p. 14).

Compte tenu de ce qui précède, il paraît qu'à l'occasion, la concordance linguistique pourrait avoir des effets positifs sur l'expérience de patients chez leur médecin, et cela en ce qui concerne une grande majorité des aspects de la santé (Bowen, 2015), incluant l'ouverture du

patient à discuter plus souvent avec le médecin de régimes alimentaires ou de choix de vie pour la santé (Eamranond et coll., 2009). Toutefois, Eamranond et coll. (2011) trouvent que la présence de concordance linguistique entre le médecin de famille et le patient ne résulte pas nécessairement à un meilleur service quand il fut question de l'offre de tests de dépistages pour des problèmes de santé cardiovasculaire liés aux facteurs de risques et au cancer. Malgré tout, Bowen (2015) rappelle d'emblée que « les impacts négatifs des barrières linguistiques sur les dimensions « d'accès » et « satisfaction du patient » [en ce qui concerne les services de santé] sont tellement bien établis (par l'entremise de revues systématiques) qu'il existe un consensus ferme des impacts [de la discordance] dans le domaine » [traduction libre] (p. 8).

Par ailleurs, comme nous venons d'en faire mention, la dimension de la concordance et de la discordance linguistique entre le patient et le médecin de famille renvoie aussi vers l'aspect de la qualité de la communication entre les partis. L'accent sur la communication entre patients et médecins élargit de nouveau le champ de la documentation scientifique qui se rattache à ce projet. Mentionnons tout spécifiquement que la communication est l'une des compétences essentielle et nécessaire des médecins, selon le Collège Royal des médecins et des chirurgiens du Canada (Frank et coll., 2015), lors de la rencontre avec le patient. De plus, le CRMCC discute que c'est par des compétences incluant le rôle communicateur que l'expert médical arrive « [...] dispenser des soins de grande qualité et des soins sécuritaires qui sont centrés sur les besoins du patient » (Frank et coll., 2015, p. 14). Afin de souligner davantage l'importance de la communication entre patient et médecin, et pour explorer la possibilité des effets d'une bonne ou d'une moins bonne communication entre patient et médecin, nous introduisons le modèle conceptuel de Feldman-Stewart (2005) dans le prochain Chapitre.

## La valeur ajoutée de l'expérience du patient

**« Afin d'améliorer les soins axés sur les patients, il est essentiel de comprendre  
ce que vit le patient pendant qu'il reçoit des soins de santé »**

*- Institut canadien d'information sur la santé (2017, L'expérience des patients)*

Sachant que la santé des francophones en Ontario est un sujet d'intérêt dans le pays, que la médecine familiale est liée à la santé des populations et, que la communication entre patient et médecin (qui peut être caractérisé par la concordance ou la discordance linguistique) est un principe central en terme de la qualité des soins offerts par le médecin de famille, il est alors important d'explorer les méthodes de recherches privilégiées dans l'étude de la relation entre le patient et le service de santé de première ligne.

Au Canada, et spécialement en Ontario, une vague d'études et d'initiatives à l'attention de l'expérience des patients « *patient experience* » se distingue. D'ailleurs c'est en 2016 que paraît un nouveau projet de Loi ontarienne pour « améliorer l'accès et l'expérience des patients », projetant un meilleur accès plus rapide aux services de santé pour les patients et leurs familles, aussi par l'offre de meilleurs soins intégrés (Ontario, 2017b). On compte également parmi les objectifs du plan d'action d'« assurer que les patients n'ont à raconter leur histoire qu'une seule fois » dans leur parcours du système de santé (Ontario, 2017b). Ce dialogue législatif en termes « *d'amélioration des expériences des patients* » et « *raconter leur histoire* » est un passage important, prévoyant un grand pas de l'avant pour le système de santé ontarien, liant directement les idées des décideurs en santé et des pourvoyeurs de soin aux vécues et aux histoires des patients: soit précisément une approche centrée sur les patients. Par ailleurs, ce langage qui renvoie aux « *expériences* » et aux « *histoires* » de patients fait aussi la une de méthodes de recherches



reconnues à travers le monde qui sont axées directement sur l'amélioration de services de santé par l'entremise de l'amélioration de l'expérience du service de santé depuis l'expérience des patients (Bate et Robert, 2006; 2007).

Avant de s'avancer dans les écrits, il est important de définir ce qu'on entend par « expérience ». Bien que nous discutons longuement de l'expérience et de l'expérience du patient dans les prochains chapitres, disons maintenant que pour le patient en matière de santé, on peut discuter non seulement l'expérience de l'utilisation d'un service de santé, mais aussi de l'expérience de l'état de santé, soit l'expérience de la maladie ou du bien-être. Notons que les recherches sur la barrière linguistique font aussi allusion au lien intime entre l'expérience d'utilisation d'un service de santé et l'expérience de l'état de santé. Cela a été constaté, dans les conclusions de Bowen (2015), qui nous informent que l'expérience d'une barrière linguistique peut avoir des effets préjudiciables sur l'expérience de la santé du patient.

Afin d'approfondir la discussion de l'expérience du patient dans l'utilisation de services, mentionnons qu'à l'international, il existe une évolution documentée des meilleures pratiques quant à l'offre de soins de santé de première ligne, d'où émerge notamment l'importance de l'expérience du patient (Balik, 2011). Cela est reflété aussi par la création de plusieurs organisations, approches et revues scientifiques, par exemple le « *Cleveland Clinic of Patient Experience* » (2014), l'approche « *Press Ganey* » (2015), et le « *Patient Experience Journal* » (PXJ), tous ancrés dans l'importance de l'expérience des patients. En plus, certains outils validés, tels que le « *Pickler Patient Experience Questionnaire* » (Jenkinson et coll., 2002b) a été « [...] en demande afin de déterminer les priorités d'action pour l'amélioration de services de santé » [traduction libre] (Jenkinson et coll., 2002b, p. 356). En plus, l'institution Pickler a développé les «

*Pickers' Eight Principles of Patient Centered Care* » des principes qui sont « [...] dérivés des pratiques nécessaires afin d'offrir au patient une expérience positive » [traduction libre] (OneView, 2015) lors d'une visite avec un médecin.

En recherche, le désir d'offrir au patient une expérience positive date de plusieurs années et concerne aussi plusieurs disciplines de recherche en santé. Par exemple l'étude de Hafsteindóttir (1996), en sciences infirmières, explore l'expérience de communication de patients lors d'un traitement respiratoire, et signale que lors de ce traitement, plusieurs patients vont vivre des émotions négatives. Ensuite en 2009, on utilise une approche visant la compréhension des histoires des patients, par l'entremise de points critiques et de vécu émotionnel, afin de comprendre l'expérience de patients qui reçoivent des soins de santé dans un programme visant la compassion dans le service, et cela toujours dans un environnement infirmier dans un hôpital en Angleterre (Dewar et coll., 2009). En résultat de leur étude, Dewar et coll. (2009) trouvent que les histoires des patients, saisies par les moments émotionnels « *emotional touchpoints* », ont permis des développements significatifs dans un de leur programme de soins infirmiers. Plus tard, les travaux de Gordon et coll. en 2010, offrent une synthèse des écrits qualitatifs (1990 – 2006) sur l'expérience de patients, toujours dans un contexte infirmier, mais cette fois-ci lors de services d'urgence à l'hôpital. On inclut aussi l'expérience des patients dans la recherche en pédiatrie (Jacob et coll., 2015; Institute for Healthcare Improvement, 2017), et Jacob et coll. (2015) éclairent l'importance de la « communication claire et de l'accord mutuel » [traduction libre] (p. 24) lors d'un traitement pour l'expérience positive du patient. Aussi, pour la médecine en milieu hospitalier aux États-Unis en 2015, Trzeciak et coll. trouvent une « association significative entre la meilleure expérience de patients [...] et des éventualités cliniques plus favorables » [traduction libre] (Trzeciak et coll., 2016, p. 7-8) en matière de la santé.

Riche est la liste d'études qui misent sur l'expérience des patients dans les domaines de la santé, pourtant en ce qui concerne précisément l'expérience de patients chez le médecin de famille, les données sont moins courantes. Néanmoins, l'accord semble toujours y être: l'expérience du patient, en contexte de soins de santé, incluant les soins de santé primaire, est une stratégie importante pour l'amélioration et la transformation du système d'offre de soins de santé (Browne et coll., 2010; Luxford et Sutton, 2014). Sans l'ombre d'un doute, il est intéressant de découvrir les auteurs qui suivent la même ligne directrice en matière de recherche en trouvant que « l'étude des liens entre l'expérience des patients et la santé [est utile] dans l'éventualité d'améliorer l'offre de services ainsi que la santé des patients » [traduction libre] (Carneiro et coll., 2017).

Au Canada, à l'Institut canadien d'information sur la Santé (ICIS) on reconnaît que l'expérience des patients est une mine d'or, « source précieuse de renseignements [et qu'] afin d'améliorer les soins axés sur les patients, il est essentiel de comprendre ce que vit le patient pendant qu'il reçoit des soins de santé » (ICIS, 2017a). À cela, on ajoute les propos de Slater et Kiran (2016) qui prononcent les mêmes conclusions dans un contexte de médecine familiale, expliquant que les sondages de l'expérience des patients en lien avec les soins de santé reçus sont très bien placés dans un contexte de médecine familiale en matière d'amélioration des services.

Suivant cette ligne de pensées, on souhaite mentionner aussi l'existence du « *Canadian Patient Experiences Survey—Inpatient Care (CPES-IC)* » et du « *Canadian Patient Experiences Reporting System (CPERS)* » (Insitut Canadian d'information sur la Santé, 2015), des outils qui ont vu le jour dans le but de contribuer à l'amélioration de l'expérience des services de santé et la santé des Canadiennes et des Canadiens. De surcroît, le Canadian Centre of Excellence au Centre de cancer Juravinski ont travaillé également au développement d'un système commun de mesure

des expériences des patients « *common patient reported experience measurement system* » (*PREM*) et un système de mesure des résultats « *patient reported outcome measurement* » (*PROM*) », qui une fois standardisée serait « applicable dans toutes les autorités canadiennes, dans le but de réduire le fardeau des symptômes [des patients] et [de soutenir] l'amélioration de l'expérience du patient » [traduction libre] (Advanced Practice Nursing, 2010). Aujourd'hui, l'utilisation du *PROMs* est appuyée à l'ordre de grandeur nationale par l'Institut canadien d'information sur la santé (2017b). D'autre part, le Canadian Partnership Against Cancer (2017) appui financièrement, « *The Improving Patient Experience and Health Outcomes Collaborative* » (*iPEHOC*) » une initiative commandée de faciliter l'intégration et la standardisation du *PROMs* et *PREMs* dans le contexte Canadien de l'expérience de soins et de traitements pour le cancer (OAPN, 2010).

En plus des questionnaires et du développement d'outils sur l'expérience des patients au Canada, mentionnons que dans le contenu web d'Inforoute Santé du Canada (2017a) on trouve la rubrique « *Better Health Together* » qui invite les Canadiens et les Canadiennes à partager leurs expériences d'utilisation des services de santé digitaux « *Digital Health* » (par exemple l'informatisation des dossiers médicaux) un service qui revitalise la manière dont l'information est entreposée et communiquée entre les patients et les médecins. Les expériences sont recueillies afin de renforcer et d'améliorer l'offre de services de santé digitaux dans le pays, et plusieurs de ces histoires des expériences de Canadiens et de Canadiennes sont disponibles en ligne <https://www.betterhealthtogether.ca/> (Inforoute Santé du Canada, 2017b).

De manière similaire, dans le contenu web de l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) on peut découvrir sous la rubrique des « *outils et des ressources* » de nombreuses

expériences et de vraies histoires de Canadiennes et de Canadiens lors de l'utilisation de services de santé. Notons que l'on remarque parmi les titres des histoires, plusieurs récits qui renvoient à l'importance de la communication entre patient et médecin: « Les malheurs d'une femme illustrent l'importance de la voix du patient »; « Le refus d'écouter la voix du patient contribue à des erreurs critiques de traitement »; ou encore « Un diagnostic de cancer grave retardé démontre des lacunes dans les processus de communication en santé » et « Si quelque chose semble anormal, il ne faut pas hésiter à poser des questions » (CPSI, 2016). Ces expériences sont quelques-unes parmi tant d'autres qui rappellent de nouveau l'importance du lien entre l'expérience des patients et la communication entre le patient et le médecin, et disons-le encore, un lien de communication qui peut aussi être caractérisé par un élément de concordance ou de discordance linguistique dans un contexte de minorité linguistique au Canada.

Dans les provinces, on saisit également les expériences de patient en situation linguistique minoritaire en matière d'accès aux soins de santé à l'aide de questionnaires auprès de la population francophone au Manitoba (de Moissac et coll., 2015) et par l'entremise d'une collecte d'histoires par entrevues auprès de la population francophone en Alberta (Ngwakongnwi, 2012). Une autre étude qui parut au 2<sup>e</sup> Colloque scientifique sur la santé des communautés de langue officielle du Canada (février 2017) rapportait l'expérience de patient anglophone dans un contexte d'accès et d'utilisation des soins de santé dans un hôpital au Québec (Rocque et Leanza, 2017). Spécifiquement en Ontario, et pour le nord de l'Ontario, des histoires de patient se faufilent aussi dans les rapports provinciaux (Qualité des services de santé Ontario, 2013; Qualité des services de santé Ontario, 2017). Pourtant, aux meilleurs de nos connaissances, aucune étude concernant l'expérience de patients francophones du nord de l'Ontario, en matière de l'expérience de service de santé de première ligne ne semble avoir été réalisée à ce jour.

En terminant, revenons brièvement à l'importance des expériences et des histoires des patients pour la recherche, et l'amélioration des services de santé. Dans Bate et Robert (2007), on explique que l'atout principal de la connaissance de l'expérience de l'utilisation d'un service est que cela permet ensuite de faire le « *design* » d'une nouvelle expérience plus positive, contrairement au simple « *design* » d'un nouveau service (Bate et Robert, 2007, p. 9). En d'autres mots, l'amélioration d'un service se réalise par l'offre d'une meilleure expérience au client. Ainsi, c'est par l'entremise de la construction et de l'offre d'une meilleure expérience pour le patient, plus tôt que la construction et de l'offre d'un processus, qu'on réussit à améliorer un service de santé pour les patients. Cette approche de recherche centrée sur les expériences des patients de Bate et Robert a été utilisée dans plusieurs contextes de santé, en Angleterre (NHS, 2009b) ainsi qu'en Ontario (Qualité des services de santé Ontario, 2013a, 2013b).

Une série de 19 études de cas, trouvées dans les documents éducatifs d'une approche centrée sur l'expérience des patients, permet de voir des retombées concrètes et rapides dans l'amélioration des services de santé (NHS, 2009b). Par exemple, quand l'expérience de patients fut prise en considération lors d'un service offert dans une unité de cancer de tête et du cou, les professionnels de la santé ont réalisé que les patients pouvaient se sentir pressés, et confus devant l'information médicale donnée trop vite, et à des moments qui sont moins appropriées (NHS, 2009b). À la lumière de ces constats, on offre alors des changements immédiats dans ce milieu, quant à l'information et au temps disponibles aux patients (NHS, 2009b). Une autre initiative auprès de personnes et de famille de personnes atteintes par la sclérose en plaques a permis d'amener les expériences des individus vers une table de concertation de décideurs, résultant dans la création d'un service communautaire destiné à répondre aux besoins des patients et des familles,

c'est derniers qui disaient qu'une mauvaise expérience d'un service de santé est liée aux sentiments d'être sans contrôle, et sans repères (NHS, 2009b).

Notons que les initiatives cherchant à comprendre l'expérience de patients n'ont pas été uniques à des services offerts en milieu hospitalier, non plus à des projets de plus petites envergures. L'expérience de patient est aussi utilisée pour informer les décideurs régional et national en santé, comme est le cas d'un projet auprès de personnes affligées par l'Alzheimer dans le nord-est de l'Angleterre, qui a permis de créer des recommandations qui ont informé le « *National Dementia Strategy* » en 2008 (NHS, 2009b).

Bien que la recherche en santé prend plusieurs formes, l'approche de l'expérience du patient se démarque tout particulièrement à cause de son implication humaine, et centrée sur les besoins du patient. Le choix de méthode de recherches axées sur l'expérience des patients est soutenu davantage dans Manary et coll. (2013) « [...] lorsque conçus et administrés de manière appropriée, les enquêtes sur l'expérience du patient fournissent des mesures de qualité rigoureuses, et nos efforts pour évaluer des expériences des patients devraient être redoublés » [traduction libre] (p. 201).

Comme nous l'avons élaboré, l'expérience du patient renvoie à un phénomène vivant, émotionnel et historique; c'est un retour dans les souffrances et dans les victoires vécues lors de moments de l'utilisation de leur système de santé. Il est de grande valeur à considérer que l'expérience malaisée d'un seul patient est toujours raison suffisante pour engendrer des actions vers l'amélioration du service de santé pour le prochain. Pour les auteurs Bate et Robert (2007), c'est en offrant une meilleure expérience du service que l'on améliore le service de santé offert aux patients. Afin d'offrir une meilleure expérience du service, il faut d'abord connaître

l'expérience du patient, de là où naît peut-être l'emphase canadienne à faire entendre les récits des patients. Considérons alors que la valeur ajoutée de l'expérience de patients en recherche est la suivante: l'expérience d'un patient détient le potentiel d'action non seulement pour l'amélioration de l'expérience de son prochain, mais pour l'offre d'un meilleur service de santé centré sur le patient (Bate et Robert, 2007).

À tout prendre, nous avons d'amples données qui informent le besoin d'actions quant à la santé des francophones au nord de l'Ontario, et nous sommes au courant que la santé des Franco-Ontariens relative à l'offre de services de santé de première ligne offerte en français est un sujet de haute importance dans la province. Sachant que plusieurs initiatives à travers le monde rapportent un succès avec l'utilisation d'une approche centrée sur l'expérience des patients, et que d'autres recherches suggèrent que la concordance linguistique entre patient et médecin favorise la santé du patient et la qualité du service (Cooper, 2004; Flores, 2006; Kanter, 2009), nous considérons alors que l'expérience de patients francophones lors d'une visite chez leur médecin de famille qui parle français diffère peut-être de celle de patients francophones lors d'une visite chez leur médecin de famille qui ne parle pas le français. Il semble logique alors de construire une étude qui s'intéresse à l'expérience de patients francophones dans le nord de l'Ontario, chez leur médecin de famille, tout en explorant la communication entre le patient et le médecin.



## Chapitre 2 APPROCHE THÉORIQUE

### 2.1 Phénoménologie

L'étude de l'expérience évoque précisément l'approche théorique qui sous-entend cette étude. La phénoménologie, ou la « science des phénomènes », s'éveille de principes philosophiques (Ribau et coll., 2005) et s'insère dans les domaines scientifiques au XXe siècle depuis les travaux d'Edmund Husserl (1859-1938), père de la phénoménologie (Meyor, 2007) et lui-même étant inspiré de la pensée de Hegel et d'autres philosophes et chercheurs de l'époque. Husserl, démontre dans ses écrits l'importance et l'apport scientifique de la subjectivité au monde autrement « objectif » de sciences. Meyor (2007) décrit justement l'essence dernière la pensée phénoménologique d'Husserl dans l'extrait suivant:

« Le sujet que Husserl nous propose est un sujet en quelque sorte « surpris » si je puis dire dans la couche première et originaire de son expérience du monde et se différencie d'emblée d'un sujet thématique. Cela signifie que le sujet de la phénoménologie n'est pas le sujet que pense et formule la science, mais celui qui vit le monde, qui en fait l'expérience dans sa quotidienneté, ce qui inclut toute la texture, l'épaisseur et la densité que cette expérience comporte » (Meyor, 2007, p. 105).

Dans cet extrait, on explique que l'œuvre d'Husserl, dans son essence, appelle en question ce qui serait à l'origine des sciences, tout en reconnaissant que c'est bien « [...] le sujet ou la subjectivité qui est au fondement de toute science » (p. 104). La phénoménologie ne « produit pas » de science, mais plus tôt « EST » la science par les expériences que vivent les gens tous les

jours. L'approche phénoménologique opère selon la devise suivante: « toute conscience est conscience de quelque chose » (Meyor, 2007, p. 104), soit désignant l'élément scientifique centré dans la conscience, et l'expérience de tous individus.

Quand vient la tâche de définir la subjectivité et la conscience plusieurs débats émergent au sein du monde phénoménologique, créant des courants de pensée convergeant et divergeant dans l'approche. Il serait possible de s'étendre longtemps dans les discussions qui entourent l'évolution de la pensée phénoménologique, mais, reste que l'accord est celui que l'expérience vécue (dans toute sa subjectivité), est le cœur et la source des conceptualisations phénoménologiques.

Toutefois, il est intéressant d'entendre les propos de Michel Henry tels que résumés dans Meyor (2007) au sujet des fondements phénoménologiques, ce premier suggérant que la subjectivité de l'expérience vécue relève en soi de l'affectivité humaine, soit du vécu émotionnel (Meyor, 2007). L'apport de la phénoménologie henryenne au concept central de l'étude des phénomènes est l'accent sur la relation entre les affects et la subjectivité. On explique clairement « [...] c'est cela même, l'affectivité, qui constitue la dimension transcendantale de la subjectivité. L'affectivité, est le pouvoir premier qui fonde tout autre pouvoir humain tel que sentir, percevoir, penser, etc » (Meyor, 2007, p. 107). Ainsi, ce sont les sentiments et les émotions humains (les affects) qui construisent la subjectivité, soit l'expérience de chacune et de chacun de nous du monde qui nous entoure.

Pour tout dire, c'est l'affectivité humaine, tels les désirs, les souffrances et le bonheur, qui donnent aux êtres humains des expériences à vivre, et qui en retour, vont « rendre possible le phénomène » (Meyor, 2007, p. 107). Bien réfléchi Meyor (2007) succinct alors que la science des phénomènes est une « science de la subjectivité en acte » (p. 113) c'est-à-dire, une science qui étudie les effets de la subjectivité, soit disant les émotions des individus lors d'un évènement de la vie courante (Meyor, 2007; 2008).

En recherche, l'approche phénoménologique prend tout son essor dans la psychologie et la psychiatrie ainsi que bien naturellement dans les sciences humaines, les sciences sociales, les sciences de l'éducation et les sciences infirmières (Ribau et coll., 2005). À priori en recherche, on adopte une approche phénoménologique lorsqu'on cherche à saisir la dynamique du vécu humain en ôtant le caractère du « biais » aux données subjectives, et en allouant à ces dernières (souvent narratives) l'espace vedette dans la collecte des données et dans l'analyse (Byrne 2001, dans Ribau et coll., 2005).

Par ailleurs, le choix de l'approche phénoménologique dans le monde des sciences de la santé occupe également un espace en matière d'éthique lorsqu'on considère le respect du patient et le respect des méthodes centrées sur le patient. Le besoin de considérer la subjectivité de la maladie est nécessaire à « [...] l'optimisation de [la] qualité de vie, et de l'amélioration de l'accès au soin » (Ribeau et coll., 2005, p. 26). Adhérant ainsi à l'approche phénoménologique, nous nous sommes engagés non seulement dans un projet cherchant à rendre compte de la subjectivité de l'expérience d'un phénomène, mais dans un projet de nature éthique, par l'entremise de la consciente considération de l'apport de la subjectivité en matière de santé.

Enfin, convenant que la subjectivité soit le « fond » d'une expérience, que « [...] toute perception subjective [...] se déploie sur le fond d'un affect » (Mayor, 2008, p. 46), et que l'affect ou l'affectivité soit un « ensemble de sentiments » (Larousse, 2017), nous pouvons enchaîner que ce sont les sentiments ou les émotions sont à la souche de l'expérience humaine. À l'instant, cela nous permet alors de définir l'expérience: l'expérience est un vécu émotionnel.

Parlant du sens ou de la définition de « l'expérience » notons que les auteurs Bate et Robert (2007) avance aussi les propos d'Erik Davis, relevant que « l'expérience [est] un flux évanescent de sensations et de perceptions qui sont, dans un sens, tout ce que nous avons » [traduction libre] (p. 36) comme être humain. Cette citation, d'une vraie visée phénoménologique, a été présentée dans leur livre « *Bringing User Experience to Healthcare Improvement* » dans le but d'introduire l'étude de l'expérience, et cette dernière qui ne retient que toujours tout son sens dans les principes scientifiques de la phénoménologie (Bate et Robert, 2007). Par ailleurs, en plus de préciser l'importance des fondements de la pensée phénoménologique, Bate et Robert (2007) introduisent aussi le rôle du chercheur dans un tel contexte. Ils expliquent en toute simplicité que le rôle du chercheur est de comprendre au plus que possible le monde de la personne, selon leur vécu et leurs expériences, un travail qui se réalise en travail de concert avec le participant.

En dernier lieu, il vaut mettre au clair que l'étude de l'expérience relève souvent de l'étude d'un phénomène passé qui n'est pas directement observable. En effet, ce n'est qu'une fois qu'un évènement a été internalisé par son sujet, et que le sujet en question arrive à y mettre du langage, que l'expérience devient chose observable et tangible pour la recherche. D'ici l'importance des

mots et de tous les aspects de la communication quand vient le temps de rendre l'analyse d'un processus qui est intrinsèquement interne et subjectif (Bate et Robert, 2007). Delà, se démarque encore l'importance du langage, des histoires et des anecdotes quand vient le temps de saisir et de comprendre les émotions qui régissent le vécu de moments spécifiques, comme lors d'une visite chez le médecin de famille.

## **2.2 Modèle conceptuel de Feldman-Stewart (2005)**

L'étude de la communication entre le patient et le pourvoyeur d'un soin de santé est un champ d'études possédant aussi plusieurs volets de recherche. Le modèle conceptuel de Feldman-Stewart (2005) reconnaît le défi de la conceptualisation du processus de la communication entre deux individus, précisément dans le contexte de l'échange entre le patient et le médecin. Leur travail de synthèse tente alors de « décrire les rapports fondamentaux entre les éléments [...] » [traduction libre] (Feldman-Stewart et coll., 2005, p. 805) qui composent le rapport de communication entre le patient et le médecin, dans le but d'offrir de l'aide aux preneurs de décisions dans la formulation d'hypothèses vers l'amélioration de la communication entre le patient et le médecin.

Selon Feldman-Stewart et coll. (2005), le processus de communication entre le patient et le médecin sert principalement à adresser les objectifs, ou les buts « *goals* » (p. 802) de chaque participant. Cela implique que même avant l'arrivée chez son médecin, le patient a déjà possiblement un ou des objectifs en tête qu'il souhaite atteindre en parlant avec son médecin. Cet objectif pourrait être par exemple d'obtenir plus d'information sur sa maladie chronique, ou encore

d'obtenir une référence chez un spécialiste. De même, le médecin aussi aurait des objectifs qu'il souhaite atteindre en parlant avec son patient, et soit que les objets des participants convergent ou divergent, cela facilitant la communication ou devenant source possible de conflits entre le patient et le médecin (Feldman-Stewart et coll., 2005). Bien que les participants puissent avoir plusieurs objectifs en tête, reste que pour le patient et le médecin, on peut souvent identifier un but primaire « primary goal » (p. 803), qui serait par exemple « la raison pour laquelle le patient souhaite voir son médecin » [traduction libre] (Feldman-Stewart et coll., 2005, p. 803).

Un autre principe fondamental au modèle de communication, est que la participation dans le rapport de communication et la formulation des objectifs que l'on souhaite transmettre dans la communication pour chacun des participants, existent en « [...] fonctions des attributs de chaque personne » [traduction libre] (p. 803) impliquée dans le rapport de communication (Feldman-Stewart et coll., 2005). Ce qu'on explique, c'est que ce sont les attributs propres au patient et du médecin, qui vont influencer la manière dont chacun formule leurs objectifs et la manière dont il participe dans la communication. Ce que ces auteurs entendent par « attributs » relève des besoins de base « *needs* », des croyances individuelles « *beliefs* », des valeurs « *values* », des aptitudes personnelles « *skills* » ainsi que des émotions « *emotions* » (Feldman-Stewart et coll., 2005, p. 804), et aussi que tout ce qui fait référence à la personnalité et aux caractéristiques (sexe, âge, ethnicité) de chacun (Feldman-Stewart et coll., 2005). Simplement dit, selon Feldman-Stewart et coll. (2005), la communication entre le patient et le médecin, est une fonction directe des besoins, des croyances, des valeurs, des aptitudes personnelles et des émotions du patient et du médecin. Les objectifs du patient ou du médecin dans la communication sont ainsi représentatifs de ce que chacun nécessite pour satisfaire leur personne, leur état, ou encore leur travail. Aussi, mentionnons

que les auteurs reconnaissent qu'à l'occasion « [...] les individus ne peuvent pas toujours articuler leurs objectifs, comme l'implique des situations où l'intensité émotionnelle sous-entend une action [...] » [traduction libre] (Feldman-Stewart et coll., 2005, p. 803).

Notons également que ce modèle de communication est sensible à l'environnement physique et extérieur dans lequel se déroule l'échange entre le patient et le médecin, et que le processus de communication en est un qui englobe autant l'offre et la réception des messages, ces messages pouvant être à la fois verbaux ou non verbaux (Feldman-Stewart et coll., 2005). Par ailleurs, ces auteurs vont conclure la description du modèle de communication en précisant que le contenu du message (verbal ou non verbal) et les émotions dans le message (encore verbale ou non verbales) sont les deux composantes fondamentales qui vont déterminer la compréhension du message qui a été offert (Feldman-Stewart et coll., 2005).

Pour conclure, l'importance des affects ou, disons des émotions est notable non seulement dans le processus qui sous-entend l'expérience humaine, mais aussi dans le processus qui détermine l'efficacité de la communication entre le patient et le médecin. Parlant d'expérience humaine, soulignons que Feldman-Stewart et coll., (2005), vont aussi conceptualiser les expériences des participants qui sont impliqués dans la communication en renforçant que: « [...] l'expérience des participants est importante puisque les expériences ont des impacts sur les attributs des participants, notamment en termes de leur aptitude personnelle et leur croyance » [...] [traduction libre] (Feldman-Stewart et coll., 2005, p. 806). Cela dit, et le tout étant bien considéré, voici la question de recherche qui encadre cette étude:

### **2.3 Question de recherche**

Quelle est l'expérience d'une visite chez le médecin de famille pour des francophones de 35 ans et plus qui sont résidents de communautés du nord de l'Ontario?



## Chapitre 3 MÉTHODE

Le but de recherche de cette étude qualitative est de saisir et de comprendre l'expérience de patients francophones âgés de 35 ans et plus lors d'une visite chez leurs médecins de famille, et d'étudier l'expérience relativement aux effets de la concordance ou la discordance linguistique entre le patient et le médecin de famille.

Pour saisir et comprendre l'expérience des patients francophones, nous avons utilisé le cadre méthodologique de l' « Experience Based Design » (Bate et Robert 2007) en plus du cadre d'analyse thématique à six étapes de Braun et Clarke (2006), telle que présentée dans « *Using thematic analysis in psychology* ». Braun et Clarke offrent un processus méthodologique et systématique détaillé qui facilite l'émergence de thèmes à partir des données recueillies. Ceci s'effectue en 6 étapes, notamment 1) la familiarisation avec les données; 2) la production de codes initiaux; 3) la recherche de thèmes; 4) la revue des thèmes; 5) nommer et définir les thèmes; et 6) la production du rapport final (Braun et Clarke, 2006, p. 87). Notre analyse des données nous a permis d'identifier les thèmes émotionnels qui caractérisent l'expérience d'une visite chez le médecin de famille pour des francophones de 35 ans et plus du nord de l'Ontario, selon la dimension de la concordance et de la discordance linguistique.

### 3.1 Aperçu de la collecte des données

Afin de répondre à notre question de recherche « *Qu'elle est l'expérience chez le médecin de famille pour des francophones de 35 ans et plus qui sont résidents du nord de l'Ontario?* » Nous avons réalisé six (6) groupes de discussions dans des communautés du nord de l'Ontario;

notamment Sudbury, Kapuskasing, Hearst et Timmins. Ces communautés ont été choisies selon trois critères:

- 1) par leur caractère géographique qui les place au nord de la province (des communautés se retrouvant sous l'autorité du RLISS du Nord-est), aussi identifiable par le code postal débutant par la lettre « P »;
- 2) par leur degré de francophonie (plus de 25% de la population étant francophone (Statistique Canada, 2017a, 2017b, 2017c et 2017d); une communauté est reconnue comme étant « fortement francophone » (Gauthier et coll., 2013) lorsque que le pourcentage dont la première langue parlée est le français est de 25% et plus; et
- 3) par leur caractère urbain (population > 10 000 habitants) ou rural (population < 10 000 habitants). Pour voir l'ensemble des critères de sélection des communautés, voir Tableau 3.1 qui suit:

**Tableau 3.1 Ensemble des critères de sélection des communautés**

Communauté	Milieu Rural ou urbain	Début du code postal	Degré de Francophonie
Sudbury	Urbain	« P »	Fortement francophone <sup>1</sup>
Timmins			
Kapusaking	Rural		
Hearst			

Le choix de nos communautés permet de représenter l'expérience de francophones du nord de la province qui réside dans différentes communautés urbaines ou rurales et fortement francophones. Ces communautés ont également été choisies en raison d'un partenariat avec le

<sup>1</sup> Corbeil et Lafrenière (2010) « Population francophone (première langue officielle parlée) de l'Ontario selon la région, la division de recensement et la subdivision de recensement, 2006 »

Réseau du mieux-être francophone du nord de l'Ontario (RMEFNO) qui possède des points de service stratégiques pour les francophones dans ces communautés.

Ce projet de recherche a aussi été réalisé en réponse aux besoins de santé de la communauté franco-ontarienne et pour assurer la continuité des recherches selon les indemnités financières du Ministère de la Santé des soins de longue durée avec le groupe de recherche du Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et de nord (CReSRN). Le choix de l'approche méthodologique provient d'un partenariat établi avec le Réseau local d'intégration des services en santé (RLISS) du nord-est de l'Ontario. Selon le RLISS, une attention particulière à l'expérience des patients est nécessaire pour promouvoir une amélioration viable des services en santé pour la population francophone du nord de l'Ontario.

#### Type de données recueillies

Données personnelles et subjectives: l'expérience d'une visite chez le médecin de famille a été recueillie par la voie du discours des participants lors de discussions de groupe. Les participants ont été encouragés à partager leur expérience (émotions et moments importants) lors d'une visite chez leur médecin de famille. Ensuite, à chaque moment identifié, la chercheuse a mené la discussion vers les effets de la concordance linguistique et de la discordance linguistique lors de chaque moment précis.

### **3.2 Cadre méthodologique: « Experience Based Design – EBD »**

Simplement, l'« Experience Based Design » (EBD) (Bate et Robert, 2007), aussi connu sous le nom d'« *Experience Based Co-Design* », est un processus de recherche participatif axé sur l'expérience d'individus qui utilisent un service, tel un service de santé. L'EBD demande

l'implication de toutes des parties prenantes dans l'offre d'un service « dans le but de rendre l'expérience de l'utilisateur du service accessible au décideur » [traduction libre] (p. 9). Cela permet alors de faire le « *design* » d'une nouvelle expérience pour le patient tout en impliquant directement ce dernier dans le processus d'amélioration des services en santé, ce qui est en opposition au fait de faire le « *design* » d'un service dans un système qui n'adresse pas directement l'expérience de son client primaire (Bate et Robert, 2007). Ainsi, avec l'EBD, on souhaite offrir au patient une meilleure expérience de santé, plus tôt qu'un simple service de santé. En effet, l'approche EBD opère selon la logique suivante: « l'expérience est le service » [traduction libre] (Bate et Robert, 2007, p. 1), sachant qu'un bon service reflète directement d'une bonne expérience (Bate et Robert, 2007).

De plus, comme l'avance Bate et Robert (2007), avec l'EBD, on s'engage dans une approche qui va bien au-delà de simples efforts dits « centrés sur patient » ou faisant la promotion d'actions participative. Avec l'EBD, on s'engage profondément dans « la compréhension de l'expérience d'un soin de santé [...] ce qui comprend tous les aspects de l'expérience d'un service – physiques, sensuel, cognitif, kinésique, esthétique, et plus que tout, émotionnel » [traduction libre] (Bate et Robert, 2007, p. 21). Notons aussi que les auteurs vont aussi différencier l'expérience, qui est profondément émotionnelle et investie dans le vécu des participants, de la satisfaction, une mesure qui est plus tôt singulière et moins représentative des changements dont pourraient bénéficier les utilisateurs d'un service (Bate et Robert, 2007). Selon, Bate et Robert (2007) cette distinction entre l'expérience et la satisfaction du patient est importante pour les implications quant à l'amélioration des services de santé, et on remarque que d'autres auteurs sont du même avis (Drain et Clark, 2004). D'autre part, Manary et coll. (2013) vont faire remarquer que pour certains auteurs la satisfaction d'un service de santé n'est qu'une mesure du contentement

« *hapiness* » du patient, une mesure qui n'est pas directement pertinente au service de santé. Pour tout dire, rendre compte de l'expérience du patient n'est pas une simple question de l'avis du patient qui serait soit « correct » ou « erroné » ou bien « satisfait » ou « insatisfait », toujours ce qui compte « [...] c'est comment s'est senti le patient, même si selon la perception du pourvoyeur de soins, la réalité est bien différente » [traduction libre] (Petersen, 1988, p. 25 dans Drain et Clark, 2004, p. 12-13).

Dans ces débuts sur le terrain, l'« Experience Based Design » a été un modèle de recherche repris du monde des affaires (Bate et Robert 2007) puis adapté à la recherche en santé d'abord en Angleterre, puis par des entités canadiennes. Au Canada, on retrouve par exemple le *Canadian Foundation for Health Care Improvement* ou encore la plateforme web pancanadienne [www.patientscanada.ca](http://www.patientscanada.ca) qui invite des patients canadiens à partager l'histoire d'utilisation de services de santé canadiens.

En Ontario, on priorise le soutien aux projets avec des méthodologies d'« Experience Based Design » directement dans le plan de service de santé du RLISS du Sud-ouest (selon la version, 8 juin 2016). D'autre part, en 2012 depuis une initiative de formation d'EBD, 20 projets à participation multidisciplinaire ont été réalisés à la grandeur de la province, ceci impliquant différentes instances en santé incluant des cliniques spécialisées pour le traitement de maladies de reins, des départements d'oncologie et le ministère de la Santé et des soins de longue durée (Bak et coll., 2014). Depuis quelques années, ils existe aussi un programme de formation de professionnels de la santé selon l'approche d'EBD en Ontario (Ontario Hospital Association, 2017) ainsi que des initiatives d'apprentissage, de collecte de données et de recherche sur l'expériences des patients de la part d'institutions communautaires, gouvernementales et universitaires dans la province (Southlake Regional Health Center, 2012; Qualité des services de

santé Ontario, 2013a, 2013b et 2016; Brosseau, 2016; Mulvale et coll., 2016; South West Hospice Palliative Care Network, 2017; et The Canadian Partnership Against Cancer, 2017).

En général, on choisit d'entreprendre un projet avec un cadre méthodologique d'EBD lorsqu'un souhaite saisir l'expérience des utilisateurs d'un service afin de cerner les endroits où il y a possibilité d'agir pour améliorer l'expérience des utilisateurs (Bate et Robert, 2007). Dans la recherche en santé, l'« utilisateur » est compris au sens plus large du terme pour inclure non seulement le patient d'un service, mais aussi tout le personnel qui est impliqué dans l'offre de ce service afin d'effectuer le meilleur choix quant aux changements à adopter dans un milieu pour accommoder l'expérience de tous les acteurs (NHS, 2009a).

Lors d'une visite chez le médecin de famille, l'expérience du patient est alors aussi importante que l'expérience de l'ensemble du personnel qui est impliqué dans l'offre du service de santé de première ligne. Cela inclut le médecin de famille, le personnel administratif du bureau ou autre personnel tels une infirmière ou un infirmier. Idéalement, un projet qui souhaite cibler les endroits où il y a possibilité d'améliorer l'expérience d'une visite chez le médecin de famille serait inclusif de l'expérience de tous ces acteurs. Dans le cadre de notre projet, nous effectuons le travail de la collecte de donnée et de l'analyse de l'expérience de patients francophones chez leur médecin de famille.

Lors de choix d'actions, quant à l'amélioration des services de santé de première ligne pour les francophones du nord de l'Ontario, nous recommandons l'utilisation de nos résultats de recherche conjointement avec ceux d'études qui sont en cours au CReSRN qui vont faire l'état de l'expérience de travail de médecin de famille et de leur personnel administratif. Ce choix méthodologique est expliqué davantage dans les prochaines pages ainsi que dans la discussion des limites de la recherche.

Compte tenu de ce qui précède, le choix de l'EBD comme cadre méthodologique a été effectué compte tenu de l'importance récente qui est attribuée à l'expérience des patients dans le domaine de la recherche en santé, et selon la recommandation du RLISS du Nord-est. Ainsi, comme le suggère l'EBD, nous avons privilégié le travail de collaboration afin de déterminer les outils de recherche les mieux appropriés pour effectuer la collecte de donnée dans notre milieu. D'ailleurs, souvenons-nous que le RLISS du nord-est de l'Ontario ainsi que le RMEFNO ont agi en tant que partenaires dès la conceptualisation de ce projet de thèse. Cela, avec le soutien du superviseur et du comité de thèse compose déjà un projet qui s'inscrit dans la philosophie inclusive et participative de l'EBD (NHS, 2009a).

### Qu'est-ce que l'expérience?

Selon l'EBD, l'expérience est l'ensemble des émotions (ou des réactions affectives) ressenties à des moments précis lors de l'utilisation d'un service et c'est lors de ces moments de contact que l'on reconnaît « [...] la subjectivité de l'expérience » [traduction libre] (Bate et Robert, 2007, p. 9). Simplement, c'est l'émotion qui définit l'expérience. Essentiellement, c'est en associant une émotion directement à un moment précis lors de l'utilisation d'un service, et ainsi de suite pour toutes les émotions, que l'on révèle l'expérience d'un service. Sans pouvoir identifier une émotion, nous ne pouvons pas évoquer l'expérience.

### Qu'est-ce qu'une émotion?

Puisque les émotions sont le pilier fondateur de l'expérience, il est indispensable de définir ce que l'on entend par l'« émotion ». Dans un sens propre, une émotion peut être définie comme

étant une « réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement » (Larousse, 2017).

En général, il est commun de reconnaître directement ces réactions affectives par un vocabulaire ou des mots précis tels que « colère », « frustré » ou « bonheur » lorsqu'on décrit un évènement. À d'autres temps, une émotion peut aussi être exprimée de manière plus indirecte par exemple avec des mots de nature nominale comme « un frein » ou avec un adjectif comme « froid ». Une émotion peut aussi être exprimée par des sons expressifs, ou des interjections que l'on peut reconnaître phonétiquement, par exemple: « ahhhhh!! ». À l'occasion, l'émotion prend aussi la forme d'un verbe, par exemple: « j'espère... j'espère » ou la forme d'un groupe de mots tel que: « je ne sais pas si .... ». Dans ces derniers exemples, on évoque une incertitude quelconque à travers l'espérance (« j'espère... j'espère ») ainsi que le doute dans le manque de savoir quelque chose (« je ne sais pas si .... »).

Pour tout dire, une émotion peut se faire transmettre dans le langage commun à travers plusieurs mots et/ou groupes de mots de différente nature grammaticale. À cette intention, le guide d'identification des émotions de l'EBD nous rappelle qu'une émotion est un mot ou une phrase utilisée directement ou indirectement afin de décrire un moment lors de l'expérience d'un soin (NHS, 2009a). En ce sens, tout mot ou groupe de mots qui évoque un ressenti émotionnel, soit « *words that portray emotions* » (NHS, 2009a, p. 69), sont les mots clés qui révèlent et définissent l'expérience.



## Les étapes de recherche EBD

Inclusivement, l'approche de l'« Experience Based Design » comprend 4 étapes de recherche qui sont les suivantes (NHS, 2009a, p. 10):

1. « Saisir l'expérience » (Capturing the experience)
2. « Comprendre l'expérience » (Understand the experience)
3. « L'amélioration de l'expérience » (Improve the experience)
4. « Mesurer les améliorations » (Measure the improvement)

Nous savons qu'il existe plusieurs manières de saisir l'expérience de participants dans une recherche, mais importe la méthode sélectionnée, l'objectif principal est de faciliter le partage d'histoire, d'émotions et de sentiments des participants comme le reflète la citation suivante:

« Saisir les histoires, les émotions et les sentiments des patients, c'est la clé nécessaire afin de pouvoir utiliser l'expérience pour l'amélioration des services de santé » [traduction libre] (NHS, 2009a, p. 53).

Dans l'*Étape 1: « Saisir l'expérience »*, on désigne aussi le rôle du chercheur, c'est-à-dire l'aide apportée aux participants pour partager leur histoire. Ayant ainsi la chance de raconter leur histoire, les participants colorent naturellement leurs descriptions des faits avec des mots ou des phrases émotionnelles, et cela surtout lorsque l'impact d'un moment sur sa personne a été d'une importance significative (NHS, 2009a). Comme discuter à maintes reprises, avec l'EBD, l'identification de l'expérience se fait par les émotions. On explique clairement que « la reconnaissance de l'importance des émotions est un principe central dans le processus de l'approche de l'EBD [...] [c'est pourquoi] le but ultime de la collecte de donnée est de comprendre

comment s'est senti un individu lors de son contact avec chaque partie du service » (traduction libre) (NHS, 2009a, p. 10).

Dans l'*Étape 2: « Comprendre l'expérience »*, nous passons à l'analyse des données, un processus qui a débuté dès même le premier groupe de discussion. Tout projet de recherche qui s'étend de la collecte de donnée jusqu'à la mesure des améliorations demande beaucoup de temps et de ressources. Bien que l'approche de l'EBD désigne des outils et un processus de recherche à suivre, elle renforce aussi que ces étapes de recherches sont conçues afin d'être utilisées avec flexibilité. En fait, on précise qu'« [...] il n'existe aucune manière concrète de procéder qui doit être strictement suivie » [traduction libre] (NHS, 2009a, p. 16). D'ailleurs, plusieurs projets EBD ont déjà adapté leur méthodologie afin de s'ajuster aux réalités de leur milieu d'étude (NHS, 2009a). Nous en avons fait de même.

En raison de contraintes selon la réalité d'un projet de maîtrise (des contraintes temporelles et financières), nous avons choisi de concentrer nos efforts sur les deux premières étapes de l'EBD, car c'est avec ces dernières que nous sommes arrivés à répondre directement à notre question de recherche. Remarquons que d'ailleurs « il existe plusieurs manières de saisir l'expérience, il n'existe aucune manière à tort ou à raison » [traduction libre] (NHS, 2009a, p. 20). Nous nous réservons le droit de discuter plus longuement ce choix dans la section des limites à la recherche.

Ainsi, nous avons adapté le cadre méthodologique de l'EBD, afin de répondre aux besoins immédiats de notre milieu de recherche, sachant aussi que dans le futur, nous espérons aussi passer vers l'amélioration (l'*Étape 3* de l'EBD) et l'évaluation (l'*Étape 4* de l'EBD) des expériences tout en continuant notre travail de collaboration avec le RMEFNO et le RLISS du Nord-est de la province depuis le CReSRN. Le tableau à la page suivante (Tableau 3.2) exemplifie l'implication et de la considération des étapes de recherches de l'EBD dans notre projet de recherche.

**Tableau 3.2 Représentation de l'implication et de la considération des étapes de recherches EBD dans notre projet de recherche**

Étape de recherche EBD	Implication et considération des étapes l'EBD dans notre processus de recherche
1. « Saisir l'expérience »	Cette étape comprend la planification de la collecte de données et la collecte de données par moyen de groupes de discussions. Saisir l'expérience implique aussi les débuts de l'analyse des données préliminaires qui demande de reconnaître les émotions des participants qui décrivent leur visite chez leur médecin de famille.
2. « Comprendre l'expérience »	Cette étape implique l'analyse des données, et elle nous permet de comprendre: quelle est l'expérience de patients francophones chez leur médecin de famille tout en répondant à notre question de recherche.
3. « L'amélioration de l'expérience »	Cette étape implique la création et de la mise en place de solutions pour l'amélioration de l'expérience. Bien que des recommandations seront présentées en fin de projet, cette étape est plus tôt anticipée dans le travail de concertation continu avec les partenaires et les instances de recherche en santé pour les francophones en situation linguistique minoritaire.
4. « Mesurer les améliorations »	Cette étape implique la mesure des retombées du projet et des solutions qui ont été mis en place pour améliorer l'expérience d'un service. Cette étape est plus tôt anticipée dans le travail de concertation continu avec les partenaires et les instances de recherche en santé pour les francophones en situation linguistique minoritaire.

### 3.3 Recrutement des participants et préparations des groupes de discussion

#### Approbation déontologique

L'approbation déontologique pour ce projet de recherche a été reçue le 11 décembre 2015, avec le numéro d'approbation 2015-10-29. Nous spécifions que la participation à cette recherche ne pose aucun risque au-delà de la notion du risque minimal pour les participants. Le certificat d'approbation est en annexe (Annexe A).

#### Caractéristiques des participants

L'échantillon comprend seul des francophones âgés de 35 ans ou plus ayant un médecin de famille. Les participants se sont identifiés eux-mêmes en tant que francophones auprès de la chercheuse principale selon leur langue maternelle. Cette étude inclut les gens dont la langue maternelle est « le français » ou « le français et l'anglais », et tous les gens, dont la langue maternelle, ne sont ni le français ou l'anglais, mais qui se considère comme francophone selon la définition inclusive des francophones; ont *une bonne connaissance du français comme langue officielle et qui utilisent le français à la maison* (Commissariat aux services en français, 2013). Le critère de sélection d'âges de 35 et plus a été choisi en fonction des quatre constats suivants:

- a) les « catégories d'âge les plus importantes chez les francophones sont les 45 à 54 ans et les 65 ans et plus » (Assemblée de la francophonie de l'Ontario, 2017);
- b) la fréquence des visites chez le médecin de famille augmente avec l'âge d'une personne et avec le nombre « affections chroniques » (ICIS, 2011);
- c) le taux d'affections chroniques augmente plus rapidement chez les Canadiens de 35 à 64 ans (Elmslie, 2012);

d) l'étendue des maladies chroniques est la plus importante chez la population francophone qui réside au nord de l'Ontario comparé aux autres régions (Bouchard et coll. 2014, p. 3).

L'importance de cette étude se démarque par le fait qu'elle rejoint les francophones de 35 et plus en regard des réalités en santé en matière de taux d'affection chronique (point c). Aussi, rejoint-elle les gens de 45-54 ans et de 65 ans et plus qui se retrouvent dans la catégorie d'âge la plus importante des francophones (point a), et puisque d'ici les prochaines années, cette catégorie de francophones en âge et en nombre aurait possiblement des besoins en matière de soins de santé de première ligne en raison d'affections chroniques (points b, c et d).

Aussi, étant donné que certaines personnes âgées ont participé à la recherche, et peuvent être considérées comme vulnérables, la chercheuse principale a été attentionnée aux besoins possibles de devoir offrir un soutien supplémentaire aux participants afin de protéger adéquatement les besoins physiques et sociaux des personnes âgées (accès de la salle, confort lors du groupe, participation égale dans la discussion). Aucun obstacle en rapport à ces propos n'est survenu lors du déroulement des discussions.

Finalement, quoiqu'il soit possible que certains participants souffrent peut-être de légers troubles mentaux (étant donné la population cible de personnes plus âgées), nous ne cherchons pas spécifiquement des gens qui souffrent de troubles. Nous avons conclu que tous les participants qui se sont rendus au groupe de discussion sont suffisamment compétents pour donner leur consentement légal et mental de participation au projet. Notons que cela a été conclu sans pour autant avoir mesuré la capacité cognitive des participants. Les participants ont eu la chance d'exprimer leur consentement à participer ou à ne pas participer par l'entremise du formulaire de consentement qui a été fourni dès l'arrivée au groupe de discussion.

### Recrutement des participants à la recherche

En décembre 2015, un appel de participation a été effectué dans quatre régions qui sont reconnues comme étant des communautés « fortement francophones » du nord de l'Ontario. Ces communautés (Sudbury, Timmins, Kapuskasing et Hearst) sont identifiables selon les données du Recensement de la population de 2016 comme régions du nord de l'Ontario avec au moins 25% de leur population ayant identifié le français comme étant leur première langue officielle parlée (Statistique Canada, 2017a; 2017b; 2017c; et 2017d). Voir à nouveau le Tableau 1, pour la justification du choix des communautés.

C'est avec l'aide du Réseau du mieux-être francophone du nord de l'Ontario (RMEFNO) que nous avons lancé le recrutement à l'aide d'une affiche de recrutement pour inciter la participation à la recherche dans les communautés ciblées (Annexe B). L'affiche a été distribuée dans l'ensemble du réseau de communication du RMEFNO. En raison du choix de recrutement, cette recherche utilise un échantillonnage de commodité ce qui est typique pour ce genre d'étude. D'ailleurs, on informe qu'un échantillonnage de commodité est « [...] utile pour donner des explications sur la qualité d'un phénomène qui se produit dans un échantillon donné » (Explorable.com, 2009) et que les études menées avec cette méthode de recrutement sont « [...] très utiles pour détecter les relations entre les différents phénomènes » (Explorable.com, 2009). Nous avons bien établi dans les derniers chapitres que ce projet de thèse s'engage justement à l'étude d'un phénomène en matière de la description de la visite chez le médecin de famille pour des francophones, et à l'étude des rapprochement ou des différences dans les relations de concordance ou de discordance linguistique dans les expériences des patients au sein de l'échantillon.

Ainsi, notre projet se cadre précisément dans le but et les avantages de ce type d'échantillonnage pour la recherche. Bien que l'on reproche à l'échantillonnage de commodité de produire des biais, d'être « trop loin » de représenter l'ensemble d'une population, et d'empêcher la généralisation des résultats, souvenons-nous de la valeur ajoutée de l'expérience du patient pour la recherche surtout dans une approche phénoménologique; et que même l'expérience d'une personne puisse informer un changement ayant de grandes retombées en matière de l'amélioration de l'expérience d'un service.

Ainsi, c'est avec le RMEFNO, l'affiche de recrutement et le partage de l'information par bouche-à-oreille que nous avons réalisé le recrutement de participants à la recherche. Toute personne francophone de 35 ans ou plus étant résident d'une des quatre régions ciblées a fait partie de notre bassin de recrutement.

#### Confirmation de la participation à la recherche

Nous avons demandé à chaque personne intéressée à la recherche à communiquer directement la chercheuse principale à l'adresse courriel « [cjutrass@laurentienne.ca](mailto:cjutrass@laurentienne.ca) » ou le superviseur de thèse par téléphone ou par courriel à « [agauthier@laurentienne.ca](mailto:agauthier@laurentienne.ca) ». Chaque communication reçue par le superviseur de thèse a toute de suite été acheminée vers la chercheuse principale qui s'occupait des suivis avec les participants potentiels. De même, le RMEFNO a aussi dirigé toute personne intéressée de participer à communiquer directement avec Chloé Jutrass ou Alain Gauthier tel qu'il était mentionné sur l'affiche de recrutement.

Tous les suivis avec les participants avant la recherche (et suite au groupe de discussion pour le partage des résultats) ont été effectués par Chloé Jutrass afin que seule la chercheuse principale connaisse l'identité des participants qui ont confirmé leur participation à la recherche.

Cette méthode de recrutement et de suivi a été choisie afin de réduire le fardeau de communication de la population qui, potentiellement, connaît moins les nouvelles technologies de communication (en offrant le choix de plus d'un moyen initial pour contacter l'équipe de recherche, courriel, téléphone, en personne avec les agents du RMEFNO).

En recevant un intérêt de participation à la recherche, la chercheuse principale a contacté l'individu afin de décrire la nature de la participation au projet tout en suivant le contenu de la lettre d'information qui a été préparée à l'attention des participants (Annexe C). Lors de cette communication, la chercheuse principale a aussi confirmée avec chaque individu qu'il ou elle était:

1) âgé de 35 ans ou plus

2) francophone: Soit que la langue maternelle est le Français; ou la langue maternelle est le français et l'anglais; ou si la langue maternelle est ni le français ou l'anglais, *MAIS ils ont une bonne connaissance du français comme langue officielle et qui utilise le français à la maison*

3) résident d'une des régions ciblées par la recherche (Sudbury, Timmins, Kapuskasing ou Hearst)

4) patient d'un médecin de famille, et que la langue de service de soins de santé avec leur médecin de famille est soit le français (concordance linguistique) ou ne soit pas le français (discordance linguistique).

L'adhésion aux quatre critères de sélections nommés ci-dessus a été autorapportée par les participants directement à la chercheuse principale avant les groupes de discussion. Lors de cette communication initiale, la chercheuse a aussi spécifié auprès des participants que l'on cherche saisir l'expérience de soins de santé chez le médecin de famille dans son bureau de pratique



habituel. Le bureau de pratique habituel étant l'emplacement primaire duquel le médecin de famille offre un soin de santé primaire à ses patients.

Avec la confirmation d'adhésion aux critères de sélections et une compréhension initiale des implications de la recherche, les participants ont été invités à participer dans un groupe de discussion planifier dans leur région, Tableau 3.3:

**Tableau 3.3 Temps, heure et emplacement des groupes de discussion**

<b>Groupe: Communauté</b>	<b>Date et heure</b>	<b>Emplacement</b>
Groupe de discussion 1: Sudbury	26 Janvier 2016, de 18h à 20h	Centre de santé communautaire du Grand Sudbury (Centre-Ville)
Groupe de discussion 2: Sudbury	27 Janvier 2016, de 18h à 20h	Centre de santé communautaire du Grand Sudbury (Centre-Ville)
Groupe de discussion 3: Kapuskasing	2 Février 2016, de 18h à 20h	Université de Hearst à Kapuskasing
Groupe de discussion 4: Hearst	3 février 2016, de 18h à 20h	Université de Hearst
Groupe de discussion 5: Timmins	9 février 2016, de 18h à 20h	Collège Boréal à Timmins
Groupe de discussion 6: Timmins	10 février 2016, de 18h à 20h	Collège Boréal à Timmins

Initialement, nous avons planifié avoir deux groupes de discussions par communauté, et deux groupes dans la région de Kapusaksing et Hearst, afin de saisir l'expérience de francophones en deux temps:

Nous avons planifié que les premiers groupes de chaque région (groupes 1, 3, et 5) allaient saisir l'expérience de francophones ayant un médecin de famille qui n'offre pas son service en français (discordance linguistique); et que les seconds groupes de chaque région (groupes 2, 4 et 6) allaient saisir l'expérience de francophones ayant un médecin de famille qui offre son service de santé en français (concordance linguistique).

En réalité, pour combler de nouvelles demandes de participation qui se sont ajoutées sur place lors du premier groupe de discussion à Sudbury, nous avons décidé sur-le-champ d'accommoder les groupes afin de saisir l'expérience des participants, peu importe la langue du service offert par leur médecin de famille.

#### Compensation pour les participants

Lors du groupe de discussion, un léger goûter (jus, café, biscuits) a été servi. Cette compensation est typique pour le temps exigé des participants.

#### Notion de risque possible encouru pour les participants

Nous croyons que les risques physiques ont été minimales (si aucuns), car cette étude n'a nécessité aucune expérimentation ou manipulation des sujets. Bien qu'il soit possible que les participants aient éprouvé certains sentiments d'inconfort, d'anxiété, ou de colère lors de la discussion de groupe, tous étaient bien informés des ressources disponibles advenant le besoin de soutien psychologique à la suite du groupe de discussion. Les participants ont bien été avisés qu'ils pouvaient terminer leur participation à n'importe quel temps sans répercussion(s), et au besoin, un ou une participante aurait pu quitter la salle s'il y avait eu des moments d'inconfort. Cette personne aurait pu ensuite revenir dans la salle lorsqu'il ou elle sentirait à l'aise de le faire.

Au cas où les participants auraient un besoin de parler à un professionnel de la santé à la suite du groupe de discussion les participants a été donnée une liste d'instances de soutien psychologique dans leurs communautés respectives (Annexe D). Lors des groupes de discussion, 2 participants sur 29 ont dû partir environ 30 minutes avant la fin de leur groupe de discussion en raison d'autres engagements dans leur communauté. À la connaissance de la chercheuse principale, aucun des participants n'a mentionné être déploré ou d'avoir eu recours à un soutien

psychologique à la suite des groupes de discussions. En général, les groupes ont été très bien reçus par l'ensemble des participants.

Par ailleurs, en raison de la nature du groupe de discussion, les participants ne pouvaient pas conserver leur anonymat lors du groupe de discussion. De son côté, la chercheuse a protégé l'anonymat des participants dans tous les rapports et les publications, et les participants ont été fortement encouragés à protéger la confidentialité des discussions et l'anonymat des autres participants qui étaient membres de leur groupe.

Il est possible que de l'information sensible pour la communauté concernant la réputation des bureaux des médecins de famille et des médecins eux-mêmes ait été partagée lors des groupes de discussion. Ce risque social a été évité en:

- 1) demandant aux participants de protéger la confidentialité des discussions (de ne rien répéter en dehors du groupe);
- 2) demandant aux participants de protéger l'identité de leur médecin de famille en n'utilisant aucun nom propre lors des groupes de discussion.

#### Nombre de participants à la recherche

L'intention de la recherche était de recruter de 6-8 participants par groupe de discussions pour un total de 36 à 48 participants dont la moitié (18 à 24 participants) auraient un médecin de famille qui leur offre un service de soins de santé en français (concordance linguistique) alors que l'autre moitié auraient un médecin de famille qui ne leur offre pas un service de soins de santé en français (discordance linguistique).

En réalité, un total de 29 personnes ont participé à la recherche dont 19 avaient un médecin de famille qui parlait le français, et 10 avaient un médecin de famille qui ne parlait pas le français. Le Tableau 4.1 dans le Chapitre « Résultats » démontre la participation à la recherche.

#### Consentement

Le consentement aux termes et aux implications de la recherche a été revu et signé avec la chercheuse principale par les participants dès leur arrivée à leur groupe de discussion respectif. Voir en Annexe E le formulaire de consentement.

#### Enregistrement des groupes de discussion

L'enregistrement des groupes de discussion s'est effectué avec un magnétophone portatif. Ce modèle est accompagné aussi d'une pédale qui a facilité plus tard la transcription des groupes de discussion en verbatims.

### **3.4 Déroulement des groupes de discussion**

Nous avons facilité le partage de l'histoire de la visite dans les groupes de discussion par l'entremise de questions semi-dirigées telles que: « Où commence la visite? Qu'est-ce que se passe? ... Et ensuite? Qu'est-ce qui arrive? » Aussi, afin d'aider les participants à décrire le parcours de leur visite avec émotions, nous leur avons aussi fourni une liste d'émotions à laquelle ils pouvaient faire référence lors de la discussion de groupe (Annexe F). Chaque groupe de discussion a duré environ 120 minutes. Avec le consentement des participants, les discussions ont aussi été captées sur un magnétophone audionumérique. Voici un sommaire du déroulement des groupes de discussions qui se sont déroulés en quatre parties:

***Partie A: Introduction: Accueil et formalités (environ 15 minutes)***

Accueil: La chercheuse a accueilli les participants dans la salle tout en leur offrant des rafraîchissements (café, thé, jus et biscuits) et en expliquant l'emplacement des chaises dans la salle pour faciliter le travail de groupe. Les participants ont été invités à choisir une chaise autour de la table de travail là où il y avait une liste d'émotion pour alimenter l'activité brise-glace et la discussion de groupe. À leur arrivée, chaque participant a aussi reçu une copie papier de la lettre d'information et du formulaire de consentement. Les participants ont été immédiatement demander de lire la lettre d'information et de signer le formulaire de consentement une fois avoir pris connaissance des détails de la recherche.

Formalités: Une fois tous les participants arrivés et installés, la chercheuse s'est aussi présentée officiellement au groupe tout en expliquant le but du projet ainsi que la nature de leur participation. Les participants ont été rappelé que leur discussion sera enregistrée afin de faciliter la collecte et l'analyse de donnée. La chercheuse a aussi parlé des contributions de participation au groupe et les risques possibles encourus avec la mention de la liste des ressources disponibles. La chercheuse a également rappelé les mesures d'entreposage des données et des moyens par lesquels les résultats seront disponibles. Bien que toutes les informations nommées ci-dessus se trouvent aussi dans le formulaire de consentement, la chercheuse a trouvé important de bien dire toutes ces informations aux participants à voix vive avant le début de l'enregistrement des groupes afin d'assurer le plein consentement des participants à tous les détails du projet. Les formulaires de consentement signés et datés ont été recueillis par la chercheuse avant le début officiel du groupe. Notons aussi que la chercheuse a conservé les formulaires de consentement à la recherche et ces derniers ont été placés en entreposage sécurisé dans le bureau du Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du nord. Ici débute l'enregistrement des groupes de discussion.

**Partie B:** *Activité « brise-glace » et EBD (environ 10 minutes)*

Activité brise-glace: Tour à tour, chaque participant a été invité à se présenter au groupe et partager les émotions qu'ils ont ressenties à leur arrivée dans la salle du groupe de discussion. Afin d'habituer à l'identification des émotions qui caractérisent leurs expériences, chacun a aussi été invité, au besoin, de s'inspirer de la liste d'émotion qui leur a été fournie (Annexe F). La chercheuse a commencé le tour de table en faisant exemple de l'activité. Exemple:

*« Je m'appelle Chloé et à mon arrivée dans cette salle aujourd'hui, j'étais anxieuse, mais de bonne humeur et j'ai bien hâte de vous entendre discuter de vos expériences chez vos médecins de famille ».*

L'activité brise-glace est essentielle et significative puisqu'elle a offert:

- une introduction aux participants du concept de l'expérience selon l'approche EBD
- une initiation à l'expérience du partage d'expérience en groupe (processus et émotions)
- un climat propice au partage d'information et d'émotions dans le groupe
- la chance de s'exprimer et de se sentir plus à l'aise avec l'activité EBD

L'activité a ensuite été suivie d'une très brève explication de ce qu'est l'EBD et de la raison du choix de l'approche. À ce moment, les participants étaient prêts à entreprendre l'activité principale.

**Partie C (1):** *Discussion de groupe EBD (environ 60 minutes)*

*Expérience chez le médecin de famille:* Au début de la discussion de groupe EBD, la chercheuse a présenté aux participants une ligne de temps dessinée au milieu d'un grand carton de papier blanc. La chercheuse a expliqué que la ligne de temps représente l'ensemble d'une visite chez le médecin de famille, et qu'au fur et à mesure que les participants racontent l'histoire de leur

visite, des émotions et des moments importants seront notés sur la ligne de temps. À tour de rôle, les participants ont ensuite commencé à décrire leur expérience chez leur médecin de famille. La discussion semi-dirigée a été alimentée par la chercheuse avec l'aide de questions telles que: « Où commence pour vous votre visite? » et « Qu'arrive-t-il ensuite? » (Bate et Robert, 2007, p. 125). Les questions ont été préparées afin de cibler les émotions des gens, ainsi que le moment important auxquels les émotions se rapportent. Voici des exemples de questions aux participants dans le Tableau 3.4.1:

**Tableau 3.4.1 Exemples de questions aux participants**

Points critiques (moments importants)	Émotions
<i>« Parlez-moi d'une visite chez le médecin de famille, où commence cette expérience pour vous? »</i>	<i>« À ce moment précis, comment vous sentiez-vous? »</i>
<i>« Pour vous, quand commence l'expérience d'une visite chez votre médecin de famille? »</i>	<i>« Si vous aviez à choisir une émotion sur votre liste d'émotions? »</i>
<i>« Parlez-moi des moments spécifiques ou points critiques lors de votre visite »</i>	

De plus d'autres questions et d'autres propos ont été planifiés afin d'approfondir les idées, par exemple: « *Quand vous dites... Vous pensez à quoi?* » « *Qu'entendez-vous par ...?* » où afin de rediriger la conversation du groupe vers un point saillant, par exemple « *Cela est fort intéressant, et vous aviez dit plus tôt...* » ou encore « *Pensons de nouveau à cette émotions lors de votre visite ... est-ce qu'il y aurait d'autres choses à ajouter?* »

Lors de la discussion, la chercheuse a créé avec l'aide des participants qui racontent leur histoire, un aperçu d'une visite chez le médecin de famille, en notant les émotions, et les moments auxquels les émotions se rapportent sur la ligne de temps. Cet outil de travail est aussi devenu un

élément de discussion dans le groupe, qui inspirait les gens à parler de leurs expériences depuis celles des autres. L'ensemble des données recueilli à ce temps a permis plus tard de répondre à notre question de recherche: « Qu'elle est l'expérience chez le médecin de famille pour des francophones de 35 ans et plus résidents du nord de l'Ontario? » Les Annexes G à L inclusivement démontrent les lignes de temps qui ont été créés depuis les émotions des participants durant les groupes de discussion.

**Partie C (2): Discussion de groupe EBD (environ 30 minutes)**

*Effets de la concordance et de la discordance linguistique:* Pour combler l'enquête de l'effet de la concordance ou de la discordance linguistique sur les moments et les émotions vécues chez le médecin de famille, les participants ont alors été invités de discuter, pour chaque moment important et émotion(s) associés(s), si la présence ou l'absence de la concordance linguistique avec leur médecin de famille a influencé leur l'expérience de chaque moment. Pour cela d'autres questions semi-dirigées ont été planifiées telles que les suivantes:

**Tableau 3.4.2 Questions semi-dirigées aux participants en lien avec la concordance et la discordance linguistique**

« Le fait de parler la même langue que votre médecin de famille, a-t-il un effet sur votre expérience lors de ce moment? »

« En rapport avec cette émotion, quelle a été l'importance de parler la même langue que votre médecin de famille? »

« Le fait de ne pas parler la même langue que votre médecin de famille a-t-il eu un effet sur votre expérience de ce moment? »

« Vous avez mentionné (une émotion). Pouvez-vous discuter du fait de parler la même langue que votre médecin de famille en rapport avec l'émotion de ce moment? »



### ***Partie D: Fin du groupe de discussion (environ 10 minutes)***

Environ (10) minutes avant la fin de la discussion, les participants ont été avisés de l'approche de la fin de groupe de discussion. Une dernière fois, les participants ont été invités à partager toute autre information pertinente à l'expérience d'une visite chez leur médecin de famille, et les effets possibles de la concordance ou de la discordance linguistique sur l'expérience. Un dernier tour de table a été effectué avant d'annoncer la fin officielle du groupe et de l'enregistrement de la session. Une grande reconnaissance a été lancée aux participants de la part de la chercheuse, rappelant aussi le temps prévu de la fin de l'analyse des données et de la disponibilité des résultats. Ici se termine l'enregistrement des groupes de discussion. Suite à l'enregistrement, un dernier rappel quant aux ressources disponibles en cas de détresse ou de malaise a été rappelé aux participants.

## **3.5 Informations sur les données et la distribution des résultats**

### Validation des données recueillies

L'EBD encourage que « la rétroaction des participants est importante » [traduction libre] (NHS, 2009a, p. 32) et cela peut prendre plusieurs formes d'action. Nous avons choisi de recevoir une rétroaction durant même le groupe de discussion même alors que les participants étaient déjà immergés dans le travail d'EBD. Lors des groupes de discussion, la chercheuse principale a ainsi validé directement auprès des participants les émotions et les moments importants qui ont été saisis sur la ligne de temps. La chercheuse a souvent fait référence pendant les groupes aux émotions et aux moments importants notés sur les lignes de temps, soulevant même le carton dans les airs pour que tous les participants puissent voir l'expérience d'une visite chez le médecin de famille

provenant de leurs histoires. Cela a permis une rétroaction directe des participants, leur donnant à l'instant même la chance de valider les données recueillies et d'approfondir notre compréhension de l'information saisie lors du groupe.

#### Entreposage des données

Toutes les données recueillies sur papier (ex.: formulaire de consentement et adresse d'envoi des résultats) sont entreposées dans un classeur verrouillé dans le bureau du CReSRN. Les données démographiques et les formulaires de consentement sont entreposés séparément des transcriptions pour accroître l'anonymat. Seuls les chercheurs qui font partie de l'équipe de recherche ont accès aux données, y compris les formulaires de consentement. Les chercheurs et le personnel du CReSRN ont tous signé des accords de confidentialité.

#### Confidentialité et protection des données identifiantes

Les participants ne sont connus que comme un numéro de dossier dans les transcriptions, selon la formule suivante développée par la chercheuse principale:

P#(F ou M).GD#(Ville).(MF ou MNF)

P#	Participant, accompagné d'un numéro d'ordre de locution sur l'enregistrement
(F ou M)	Femme ou Homme
GD#	Groupe de discussion, accompagné du nombre du groupe
(Ville)	Première lettre du nom de la ville du groupe de discussion
(MF) ou (MNF)	Médecin de famille francophone, ou Médecin de famille non francophone

Toutes les données électroniques sont entreposées sur un serveur sécurisé au CReSRN et protégées par un mot de passe. Pour les analyses, les données ont été temporairement entreposées sur l'ordinateur portable de la chercheuse principale Chloé Jutras qui est protégé par deux mots de passe. Depuis la complétude de l'analyse, les données électroniques sont de nouveau retournées

au serveur du CReSRN et supprimées du disque dur de l'ordinateur de Chloe Jutras. Les résultats sont aussi présentés comme un thème collectif.

Une fois devenues obsolètes, les données sur papier seront déchiquetées et les données électroniques détruites avec le programme Sdelete. Les données audio ont été supprimées de l'enregistreuse électronique dès qu'elles ont été déplacées vers le serveur sécurisé du CReSRN.

#### Communication des résultats aux participants

Suite à l'analyse des données, un résumé des résultats a été envoyé à tous les participants qui ont exprimé le désir de recevoir une copie des résultats dans leur formulaire de consentement à la recherche soit par courriel ou par courrier. Voir en annexe une copie des documents « Recherche en FOCUS sur la recherche » (Annexe M) et « Research in FOCUS on Research » (Annexe N) qui ont été préparés par la chercheuse principale avec l'appui d'Alain Gauthier, Patrick Timony, Georges Kpazaï et de Daniel Côté.

### **3. 6 Analyse des données**

L'analyse des données des groupes de discussion a été accomplie en suivant la deuxième étape de recherche l'EBD soit: comprendre l'expérience, et cela avec l'encadrement d'analyse thématique en 6 étapes de Braun et Clarke (2006).

Dans un premier temps, le cadre méthodologique d'EBD nous a permis de répondre à notre question de recherche et de représenter graphiquement l'expérience d'une visite chez le médecin de famille pour des francophones de 35 ans et plus résidents du nord de l'Ontario. À ce temps, nous avons aussi ciblé toutes les dimensions qui ont un effet sur l'expérience d'une visite chez son

médecin, incluant la dimension de la concordance et de la discordance linguistique entre le patient et le médecin de famille. Ensuite, nous avons poursuivi notre enquête avec l'analyse thématique des émotions vécues par les participants en raison de la concordance ou de la discordance linguistique entre le patient et le médecin de famille.

À l'instant, nous présentons en deux temps les cadres d'analyse de l'EBD (Cadre d'analyse A) et de Braun et Clarke (2006) (Cadre d'analyse B) suivit du processus d'analyse des données propre à cette recherche.

### Cadre d'analyse des données A

#### Experience Based Design (Étape 2) « Comprendre l'expérience »

Une fois avoir « saisi » l'expérience d'un service de santé (soit l'étape 1 du processus de recherche EBD), arrive le moment de comprendre l'expérience. Simplement, on cherche à savoir « ce que les gens ressentent lors de l'utilisation d'un service, et à quel(s) moment(s) ses émotions sont-elles ressenties » [traduction libre] (NHS, 2009a, p. 26). Comme nous l'avons mentionné, les émotions que décrivent les participants lors de leur utilisation d'un service de santé sont le point de départ de l'analyse et ces dernières peuvent ressortir de plusieurs manières dans un discours. Qu'elles soient positives ou négatives, ce sont elles qui guident notre compréhension de l'expérience et il faut pouvoir les identifier. On reconnaît alors que l'EBD est une approche centrée sur le patient (NHS, 2009a).

Selon l'EBD, comprendre l'expérience se fait en 3 étapes de manière séquentielle ou simultanée lors de la recherche:

- i. L'identification des émotions
- ii. La cartographie des émotions
- iii. L'identification des points critiques (PC)

i) *L'identification des émotions*

Lors de l'identification des émotions, il est important de retenir TOUS les mots ou les phrases directe ou indirecte qui interpellent à premier coup d'œil ou d'oreille. Il ne faut pas s'attarder à cette étape de tenter de juger ou de définir les émotions. Tous les mots ou les groupes de mots à connotation émotionnelle racontent une histoire, et il est important de passer à travers les histoires plusieurs fois et de ne pas remettre en question l'instinct de recherche. Au moment de tout doute, il est important d'ajouter le mot ou la phrase émotionnelle à la liste des émotions. C'est avec la familiarisation avec les données lors de l'analyse qu'il est possible de discerner toutes les émotions ressenties dans les histoires des participants.

ii) *Cartographie des émotions*

La cartographie des émotions ou « *emotional mapping* » (NHS, 2009a, p. 77) demande de placer les émotions qui ont été identifiées sur une ligne de temps, et ceci peut se faire durant ou après la collecte de données. Lorsqu'une émotion est identifiée et placée sur une ligne de temps à un moment précis, ce moment précis devient ce que l'on reconnaît comme un point critique (PC) ou « *touchpoint* » (NHS, 2009a, p. 75) lors de l'utilisation du service. La ligne de temps est un objet physique qui organise les émotions dans une grande histoire d'utilisation d'un service. En créant la cartographie des émotions, on commence à définir les moments durant lesquels les émotions ont été vécues.

iii) *Identification des points critiques (PC)*

Le PC est un moment avec lequel l'utilisateur d'un service de santé interagit avec émotion(s) (Bate et Robert, 2007). L'identification des PC se fait de manière systématique depuis la cartographie des émotions. Ils relaient les moments les plus importants lors de l'utilisation d'un

service, toujours selon le vécu émotionnel des patients. Précisons aussi que « les points critiques ne sont pas limités aux étapes du processus de soin, les points critiques sont fondés dans l'expérience de soin subjective des participants » [traduction libre] (NHS, 2009a, p. 28). En effet, plusieurs émotions sont ressenties lors de mêmes moments, ou de moments semblables pour l'ensemble des participants et « les points critiques ne font pas nécessairement partie de ce qu'on imagine » [traduction libre] (NHS Institute for Innovation and Improvement, 2009a, p. 29), ou de ce que l'on définit comme étant l'une des étapes « traditionnelles » lors de l'utilisation d'un service de soins de santé (NHS Institute for Innovation and Improvement, 2009a). C'est l'ensemble des points critiques qui devient connu en tant qu'expérience d'un service de santé.

### Cadre d'analyse des données B

Braun et Clarke (2006) « Analyse Thématique »

Braun et Clarke (2006) offrent un processus méthodologique et systématique détaillé qui permet l'émergence de thèmes à partir des données recueillies. Ceci s'effectue en 6 étapes, notamment, 1) la familiarisation avec les données; 2) la production de codes initiaux; 3) la recherche de thèmes; 4) la revue des thèmes; 5) nommer et définir les thèmes; et 6) la production du rapport final (Braun; Clarke, 2006, p. 87).

1. D'abord, **la familiarisation avec les données** demande au chercheur de développer une compréhension exhaustive des données. Ce travail s'effectue naturellement durant la transcription des données et dans la création des verbatims des groupes de discussions. De nombreuses relectures des verbatims solidifient la familiarisation avec les données.
2. La **production de codes initiaux** s'effectue également naturellement durant la transcription des données, durant la création des verbatims ainsi que durant plusieurs

relectures des données. À ce moment, le chercheur va identifier des unités de texte (UT), tout en notant des facettes d'intérêt à la recherche qui ressortent dans l'UT.

3. La **recherche de thèmes** consiste à rassembler toute l'information qui se ressemble, tout en identifiant des thèmes possibles.
4. Ensuite, **la revue des thèmes** possibles demande de revoir les thèmes autant en fonction des catégories thématiques des UTs mais aussi en fonction de l'entière des données recueillies.
5. **Nommer et définir les thèmes** comprend le processus de bien définir et solidifier les thèmes qui vont représenter l'ensemble de l'analyse des données.
6. **La production du rapport final** signifie la présentation académique des thèmes choisis en fonction des données. Pour ce faire, il est important de sélectionner des exemples et des extraits de textes qui vont compléter les thèmes tout en tissant des liens avec la question de recherche et la littérature.

### 3. 7 Processus de l'analyse des données

Avec l'encadrement de l'EBD et Braun et Clarke (2006), le processus d'analyse de nos données de recherche est amorcé dès le premier groupe de discussion. De manière simultanée, nous avons choisi de commencer à saisir et comprendre l'expérience d'abord en notant sur une ligne de temps les émotions dites vécues par les participants lors du partage de leur visite chez leur médecin de famille. Pour chaque groupe, nous avons placé ces émotions sur une ligne de temps. La ligne de temps capturerait aussi les moments lors desquels les émotions ont été vécues.

Nous avons donc créé 6 lignes de temps qui saisissent les émotions et les moments auxquels elles se rapportent (Annexes G à L). Dans le cadre de l'EBD, ceci consiste d'un essai préliminaire qui a permis d'identifier les émotions (i), tout en créant la cartographie des émotions (ii) propre à chaque groupe. À la fin de chaque groupe de discussion, nous avons donc des points critiques préliminaires qui sont devenus les premiers fondements de nos résultats de recherche. De groupe en groupe, nous repartions à zéro avec une ligne de temps vide, laissant ainsi les participants raconter leurs histoires sans fondements de points critiques établis par les groupes précédant.

Depuis les enregistrements des groupes de discussion, nous avons passé à la transcription des données. Cela fut réalisé avec le programme « *Express Scribe Transcription Software Pro v 5.85* © NCH Software ». Chaque enregistrement audio des groupes a été transcrit de manière phonétique directement par la chercheuse principale en documents Word.

Lors de la transcription, ainsi que lors de plusieurs relectures des verbatims, la chercheuse a procédé à l'identification des émotions des participants à travers les textes. Plusieurs écoutes et relectures des verbatims ont été effectuées, afin d'assurer l'exactitude des textes, tout en tenant compte des émotions dictées par les participants et présentes dans le timbre de voix des participants. L'identification des émotions depuis la voix des participants a aussi été possible puisque c'est la chercheuse principale qui était présente lors des groupes de discussion. Ce travail implique notre première étape de recherche selon Braun et Clarke (2006) soit: la familiarisation avec les données.

Tour à tour, les mots ou groupes de mots émotionnels ont été mis en **caractère gras** afin de bien les distinguer dans les textes. Ainsi, la chercheuse principale a fait la distinction des mots émotionnels dans le texte. Lors de doute par rapport à des émotions dans le texte la chercheuse a inclus pareillement tous les mots dont il était difficile de décider la charge émotionnelle. Ce



processus est encouragé par l'EBD (NHS, 2009a) et interpelle le chercheur à faire l'expérience de ses résultats en pratiquant l'inclusion des données tout en limitant le temps alloué au jugement de l'information qui pourrait être importante pour la recherche.

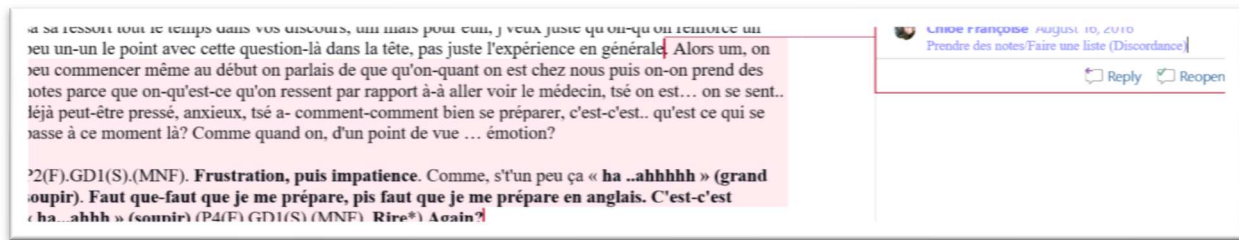
Lors de l'identification des émotions, la chercheuse a aussi fait référence aux cartographies des émotions (Annexes G à L) qui ont été créées lors de chaque groupe de discussion. De même, quand une émotion fut identifiée dans le verbatim, la chercheuse a inséré un commentaire dans le texte avec la fonction (Alt+R+C) dans Word 2016. Dans ce commentaire, la chercheuse insérait un résumé du contexte de l'émotion ou des émotions afin de déterminer quels étaient les PC (iii).

Selon la méthode d'analyse de Braun et Clarke (2006), chaque morceau de texte étant défini par son contenu émotionnel est devenu connu sous le nom d'une unité de texte (UT). Trouver toutes les UTs implique la deuxième étape de l'analyse thématique, soit: la production de codes initiaux.

L'ajout des commentaires qui décrivent le point critique correspond à la troisième étape d'analyse thématique de Braun et Clarke (2006), soit: la recherche de thèmes.

Sachant aussi qu'une enquête par apport à la concordance et la discordance linguistique allaient poursuivre, la chercheuse a fait une distinction dans les commentaires associés aux UTs quand l'information retenue s'avérait directement liée à la question de la langue de service chez le médecin de famille. Cela est démontré dans l'exemple dans la Figure 3.7.1, au moment de préparer son rendez-vous chez son médecin de famille, dans un cas de discordance linguistique:

**Figure 3.7.1 Exemple d'une unité de texte (UT) au moment de préparer son rendez-vous chez son médecin de famille, dans un cas de discordance linguistique**



On distingue aussi dans cet extrait un exemple de la codification de l'identification des participants. Par P2(F).GD1(S).(MNF): On reconnaît que c'est le Participant 2 qui parle, que c'est une femme et que cela se passe durant le premier groupe de discussion qui était à Sudbury. On sait aussi que cette participante a un médecin de famille non francophone. Pour cette dernière, on sait qu'elle ressent de la frustration et de l'impatience ... lorsqu'elle doit préparer son rendez-vous en anglais. Cela lui fait soupirer à plusieurs reprises ... et l'on ressent dans sa voix une fatigue par rapport à cette situation.

Ainsi, une fois que toutes les transcriptions furent terminées, que toutes les émotions furent identifiées et que tous les commentaires furent insérés dans le texte, la chercheuse a fait un tableau regroupant TOUS les UTs de l'ensemble des groupes de discussion. Seuls des UT qui avaient rapport directement à la visite chez le médecin du participant ont été retenus. Donc, ont exclu des données tous les UTs qui avaient rapport à:

- l'expérience (*hear say*) d'une autre personne
- les services à l'hôpital
- les services offerts par des spécialistes
- les services offerts par des étudiants en médecine
- des commentaires sur le système de santé ou sur les services dans la société en général

- l'offre active (autre que dans le bureau du médecin de famille)
- tout autre service francophone
- l'accompagnement d'un proche chez leur médecin de famille
- les services de télésanté
- les services de santé dans une clinique sans rendez-vous
- les services dans autres cliniques spécialisées
- les services à la pharmacie
- les services de santé publique
- les services de l'école de médecine
- et tout autre service de santé qui n'ont pas rapport à la visite chez le médecin de famille.

Les UTs qui ont été retenus ont été organisés dans un tableau de manière chronologique: débutant par les événements de la préparation de la visite jusqu'aux événements qui mènent la visite à conclusion. Ce tableau est devenu une ligne de temps générale pour l'ensemble des expériences des participants. À fins d'analyse, dans ce tableau nous avons retenu:

1. l'unité de texte entière
2. le locuteur de l'UT (Qui parle?)
3. une description du contexte (commentaires qui accompagnent les UT dans les verbatims, les émotions identifieront en gras)
- 3.1 une catégorie pour le groupement d'émotions (qui est restée vide à cette étape, mais la chercheuse anticipait à un moment donné dans la recherche devoir rassembler des émotions qui se ressemblent)
4. l'identification du point critique auquel se rapporte l'UT (l'émotion et son contexte)

Dans les figures suivantes, voir des exemples actuels du tableau qui fut créé:

**Figure 3.7.2 Organisation des données**

- ANALYSE -					
Étape 1	Étape 1.1	Étape 2	Étape 3	Étape 3.1	Étape 4
Unité de texte – Meaning Unit	Qui parle?	Qu'est-ce qui ce passe – What is happening here	Phrase émotionnelle/ émotion – Emotionnal words/emotions	Groupe émotionnel – Emotional group identified	Point critique – Critical Touchpoint

**Figure 3.7.3 Exemples d'UTs qui caractérisent le début de la visite**

l'écrit. <b>Iu es bon, c'est mieux</b> d'écire nos points importants pour <b>être capable pas ce faire dévié</b> dans- dans. Pis maintenant les	P2(F).GD3(K).(MNF)	Prendre des notes écrire	« Iu es bon, c'est mieux »  « être capable pas ce faire dévié »		Prendre des notes
P3(F).GD4(H).(MF). Mais de préparer nos questions sa nous aide à (P. À garder.. ) <b>à être capable de révéler</b> (P. Ouai c'est vrai) où <b>on veut être</b> (P. C'est vrai) <b>de connaître les choses</b> qu'on-les réponses qu'on cherche (P. Oui)	P3(F).GD4(H).(MF)	Préparer ses questions, et vouloir des réponses pour sa santé	« à être capable de révéler »  « on veut être ... de connaître les choses »		Faire une liste
Alors um, on peu commencer même au début on parlais de que qu'on-quant on est chez nous puis on-on prend des notes parce que on-qu'est-ce qu'on ressent par rapport à-à aller voir le médecin, tsé on est... on se sent.. déjà peut-être pressé, anxieux, tsé a- comment-comment bien se préparer, c'est-c'est... qu'est ce qui se passe à ce moment là? Comme quand on, d'un point de vue ... émotion?	P2(F).GD1(S).(MNF)  (P4(F).GD1(S).(MNF)	Prendre des notes/Faire une liste (Discordance)	« Frustration, puis impatience. »  « « ha ..ahhhhh » (grand soupir). Faut que-faut que je me prépare, pis faut que je me prépare en anglais. C'est-c'est « ha...ahhh » (soupir)»  « Again?»		Faire une liste
P2(F).GD1(S).(MNF). Frustration, puis impatience. Comme, s't'un peu ça « ha ..ahhhhh » (grand soupir). Faut que-faut que je me prépare, pis faut que je me prépare en anglais. C'est-c'est « ha...ahhh » (soupir) (P4(F).GD1(S).(MNF). Rire*) Again?					

**Figure 3.7.4 Exemples d’UTs qui caractérisent la fin de la visite**

Mais j’su revenue parce que c’était pas se qui pensait, mais, <b>sa ce passe bien</b> , tsé les-les c’- moi je trouve que tsé c- <b>ça va vite, ça va vite</b> , quand qu’ya quelque chose sa bouge, <b>je peux pas me pleindre là</b>	P3(F).GD4(H).(MF)	Références vers des services spécialisés	« <b>sa ce passe bien</b> » « <b>ça va vite, ça va vite</b> » « <b>je peux pas me pleindre là</b> »		Référence pour aller passer des tests – en général
P3(F).GD1(S).(MF). Pis, là sa te <b>limitais-tu</b> vraiment quel laboratoire aller?  P1(F).GD1(S).(MNF). <b>Non</b> , j’veis-j’lui dis lequel j’avais. Elle m’a demandé lequel j’allais-où j’allais puis elle l’à-l’à envoyé là.	P3(F).GD1(S).(MF) P1(F).GD1(S).(MNF)	Passer des tests : avoir le choix où aller	« <b>limitais-tu</b> » « <b>Non</b> »		Référence pour aller passer des tests
Est-ce que, je- y’m, y m’envoyé pour un test, pis c’est-est-ce que <b>c’est vraiment le test</b> (P4(F).GD1(S).(MNF). Ouai, ouai) je j’suis <b>supposé de subir</b> ? Ou est-ce que <b>c’est moi qui a mal</b>	P2(F).GD1(S).(MNF)	Aller passé des tests  (discordance)	« <b>est-ce que c’est vraiment le test</b> »		Référence pour aller passer des tests

Toute l’information retenue dans l’étape 4 du tableau que nous avons créé, soit: l’identification du point critique a ensuite été examinée en plus grands détails. Nous avons fait un inventaire de toutes les informations des points critiques, et cela a permis de nommer et de définir les points critiques qui caractérisent l’expérience chez le médecin de famille. Ceci correspond également au travail d’analyse des étapes 4: la revue des thèmes et 5: nommer et définir les thèmes de Braun et Clarke (2006).

Connaissant ainsi « l’expérience d’une visite chez le médecin de famille pour des francophones de 35 ans et plus qui sont résidents de communautés au nord de l’Ontario », nous avons ensuite revu tous les PCs afin d’identifier si la présence ou l’absence de la concordance linguistique avec leur médecin de famille a influencé l’expérience de chaque moment. Ceci a permis de comprendre dans quel(s) PC(s) la concordance ou la discordance linguistique a eu un effet sur les émotions ressenties par les participants. Cela évoque encore le travail de la familiarisation des données selon l’analyse thématique de Braun et Clarke (2006).

Pour approfondir notre compréhension des effets de la concordance ou de la discordance linguistique, nous avons à nouveau identifié toutes les émotions dans les PC vécus directement en raison du fait que le médecin offre son service en français ou non. Nous avons créé une liste de ces émotions, cela correspond à l'étape 2, du modèle Braun et Clarke (2006).

Nous avons ensuite rassemblé toutes les émotions des participants qui se ressemblent en termes de vécu émotionnel. Par exemple, des émotions telles que se sentir à l'aise, bien, confortable, détendu ont été regroupées ensemble. En même temps, nous avons regroupé les émotions des participants qui s'opposent en termes des mêmes vécus émotionnels, par exemple des émotions telles que ne pas se sentir à l'aise, en misère, inconfortable ou inquiet. Cela a aussi créé des continuums d'émotions vécus par les participants. De là, des thèmes émotionnels ont commencé à faire émergence. Ensuite, nous avons étudié ces thèmes émotionnels, jusqu'à leur définition propre (étapes 3, 4 et 5 de Braun et Clarke, 2006).

Enfin, cela a permis la création d'un modèle conceptuel qui représente les thèmes émotionnels vécus par des francophones résidents du nord de l'Ontario en raison de la concordance et de la discordance linguistique lors d'une visite chez leur médecin de famille. Ce modèle conceptuel, en plus de l'ensemble des résultats que nous présentons prochainement, est le produit académique de diffusion des résultats tel expliqué dans l'étape 6 du cadre d'analyse thématique de Braun et Clarke (2006).

### **3.8 Validité de la recherche**

L'importance de la mise en place de stratégies pour la validité, la rigueur et la fiabilité des études qualitatives est discutée à maintes occasions, car historiquement, les études qualitatives

n'ont pas toujours été jugées légitimes dans leurs milieux (Creswell et Miller, 2000; Morse et coll., 2002; Shenton, 2004). Pour la réalisation de cette étude de nature qualitative, nous avons alors assuré la mise en place de processus pour assurer la validité et l'étude et des résultats. Dans « *Determining Validity in Qualitative Research* » (2000), les auteurs Creswell et Miller distinguent neuf procédures qui, lorsque suivies et documentées dans une étude, sont preuve de la validité d'un projet qualitatif. Bien que ces procédures reflètent chacune différentes lentilles et différents paradigmes de la recherche (Creswell et Miller, 2000), nous présentons dans le tableau suivant les procédures de validation de la recherche qualitative de Creswell et Miller (2000) en plus d'une brève description et de l'application des procédures dans notre projet de recherche.

**Tableau 3.8 Procédures de validation de la recherche qualitative de Creswell et Miller (2000) et implication des procédures de validation de la recherche qualitative dans notre étude**

Procédures de validation de la recherche qualitative de Creswell et Miller (2000)	Implication des procédures de validation de la recherche qualitative dans notre étude
<b>Triangulation:</b> « Processus de validité qui implique la recherche de convergence des informations depuis plusieurs sources (incluant les participants) pour créer des thèmes ou des catégories » [traduction libre] (p. 126).	La triangulation, entre les discours de multiples participants assure la validité, car nous nous sommes informés avec plusieurs sources (plusieurs participants) et non pas « un simple incident ou point d'information » [traduction libre] (p.127) au cours de l'étude.
<b>Disconfirming evidence:</b> Processus de validité par lequel la chercheuse tente d'ériger les thèmes qui ont été identifiés dans les données.	Grâce à plusieurs relectures des données, aussi en étant engagé dans un processus conscient qui a tenté de trouver des erreurs dans les thèmes, nous assurons la validité, car aucune information n'a été identifiée qui pourrait annuler ou invalider les thèmes qui ont été identifiés.
<b>Researcher reflexivity:</b> Processus de validité par lequel le chercheur divulgue ses croyances ou positions personnelles propres au sujet d'étude.	Lors de la proposition de thèse, la chercheuse principale a entamé cette réflexion par rapport à sa subjectivité et sa position au sujet d'étude. La chercheuse a établi qu'elle est en accord avec la revue de littérature qui informe qu'il y a une grande possibilité que les expériences des participants chez leur médecin de famille diffèrent selon la langue de service du soin de santé (français ou anglais). Pourtant étant aussi francophone,

	canadienne, et résidente du nord de l'Ontario, ayant eu (dans son enfance) un médecin de famille qui ne parlait pas le français, elle ne se souvient pas nécessairement d'avoir vécu une expérience négative avec sa docteure, directement en lien avec la langue de service. La chercheuse principale est bilingue (français et anglais) depuis l'âge de 9 ans, sa première langue étant le français. Au temps de l'étude, la chercheuse principale n'avait pas de médecin de famille.
<b>Member checking:</b> Processus de validité qui est « le plus crucial dans l'établissement de la validité » [traduction libre] (Lincoln et Guba, 1985, p. 314 dans de Creswell et Miller, 2000, p. 127). Ce processus demande de faire un retour sur les données recueillies directement avec les participants afin de confirmer l'actualité et la vérité de l'information narrative.	Comme nous l'avons décrit dans la méthode de recherche, nous avons accompli ce processus de validité par l'entremise de la création de la ligne de temps durant les groupes de discussions, cela permettant aux participants d'interagir continuellement avec l'information narrative qui a été recueillie lors des groupes de discussion. À plusieurs reprises, la chercheuse a fait une relecture de la ligne de temps lors des groupes mêmes, afin d'approfondir et de spécifier les propos des participants.
<b>Prolonged engagement in the field:</b> Processus de validité qui implique la présence prolongée du chercheur dans le terrain d'étude.	Dans le cas de ce projet de maîtrise, contraint au niveau du temps et de budgets, et le choix de groupe de discussions comme méthode de collecte de données, la chercheuse n'a pas pu assurer une présence prolongée dans le terrain d'études. Par contre, la chercheuse à accumuler plus de 9 heures d'enregistrement audio, pour informer le sujet d'étude, et ses données ont été analysés sur une période de deux ans.
<b>Collaboration:</b> Processus de validité qui implique directement la participation et l'engagement des participants dans l'étude. La validité existe dans l'inclusion de la perspective des participants dans l'étude.	L'approche EBD opère selon la philosophie que les expériences des participants qui sont la source de toutes les informations nécessaires à l'étude d'un sujet. Nous avons ainsi assuré la validité de cette étude en utilisant l'EBD, qui rapporte directement les perspectives (les expériences) des participants par rapport au sujet d'étude.
<b>Audit trail:</b> Processus de validité qui implique la documentation rigoureuse des procédés de collecte et d'analyse des données. Une suite claire et précise dans les procédées assure la validité d'une étude qualitative.	Dans ce chapitre, nous avons démontré de manière claire et précise, la logique et les procédées qui ont permis de saisir et de comprendre l'expérience de nos participants par rapport au sujet d'étude. Toutes les étapes



	de recherches et d'analyse sont sauvegardées dans des documents distincts, propres à chaque étape, permettant ainsi de récupérer, en tout temps, une étape d'analyse antérieure.
<b>Thick, rich description:</b> Processus de validité qui implique la présentation des résultats et des thèmes de recherche avec grands détails et avec des descriptions élaborées.	Le cœur du prochain chapitre nommé « Résultats » est construit de manière à assurer la validité des résultats et la validité des thèmes qui ont été identifiés dans les données. Nous précisons avec grands détails tous les propos des participants liés au sujet d'étude, et cela aussi avec l'accompagnement de plusieurs citations directes qui soutiennent les résultats de recherche.
<b>Peer debriefing:</b> Processus de validité qui implique la révision et la critique du travail (spécialement la méthode et les résultats), par un individu qui est familier avec la recherche.	Ce projet de maîtrise a été encadré de manière continue par le superviseur de thèse. L'implication directe de ce dernier a contribué à la validité de la recherche, concrètement: par l'entremise de critiques constructives du travail, de nombreux questionnements sur les méthodes, des séances de réflexion avec la chercheuse lors des analyses, et des rétroactions sur le travail effectué depuis les débuts du projet de recherche.

Au-delà des neuf procédures de validité identifiées dans Creswell et Miller (2000), glissons un dernier mot sur un dernier principe de la validité des études qualitatives: la transférabilité (Shenton, 2004). Dans Shenton (2004) on rappelle que la définition de la validité repose sur l'ampleur à laquelle l'adaptabilité des résultats d'une étude peut s'étendre dans une autre situation, ou encore vers une population plus large. On rapporte également que la transférabilité de résultats peut dépendre aussi de la position d'autres acteurs qui vont établir un rapport entre une étude antérieure, et leur contexte précis, mais reste que la transférabilité des résultats peut soulever plusieurs préoccupations auprès de nombreux acteurs et chercheurs (Shenton, 2004). Néanmoins, il est tout à fait possible, qu'à l'étude de sujet similaire, même dans différents pays, que l'on puisse admettre la transférabilité d'une étude. Par exemple, rappelons-nous des conclusions de Bowen

(2001; 2015), à l'égard de la transférabilité d'études qui concernent les barrières linguistiques vécues dans des milieux de santé américains, vers un contexte Canadien: elle conclut que certaines études, sont proprement généralisables, ou, disons transférables, au contexte Canadien.

Finalement, nous avons aussi fait preuve de rigueur et de fiabilité dans nos méthodes, cela depuis l'élaboration du projet de thèse, jusqu'à la rédaction de la thèse, en suivant la liste de vérification pour les standards des études qualitatives tels qu'établis par O'Brien et coll. (2014) dans « *Standards for Reporting Qualitative Research: A synthesis of Recommendations* ».

## Chapitre 4 RÉSULTATS

### 4.1 Participation à la recherche

En tout, 29 francophones du nord de l'Ontario ont participé à l'étude, dont 19 avaient un médecin de famille qui offre son service de santé de première ligne en français (Tableau 4.1).

**Tableau 4.1: Participation à la recherche**

Groupes de discussion	Communautés visitées	Langue parlée avec le médecin de famille	
1	Sudbury	Français	3
		Anglais	2
2	Sudbury	Français	4
		Anglais	3
3	Kapuskasing	Français	1
		Anglais	2
4	Hearst	Français	5
		Anglais	0
5	Timmins	Français	4
		Anglais	2
6	Timmins	Français	2
		Anglais	1
Total de participants			29

### 4.2 L'expérience d'une visite chez le médecin de famille

On se rappelle brièvement que l'expérience est définie ici comme étant l'ensemble des émotions vécues par les participants à des moments précis au cours de la visite chez le médecin de famille. Une fois toutes les émotions identifiées dans les verbatims, nous avons précisé à quels moments les émotions ont été vécues. En faisant l'inventaire de ses moments, nous avons déterminé qu'elle est l'expérience d'une visite chez le médecin de famille pour des francophones de plus de 35 ans qui sont résidents du nord de l'Ontario. En tout, 16 moments, aussi connus

comme points critiques, ont été nommés et définis afin de représenter l'ensemble de la visite chez le médecin de famille.

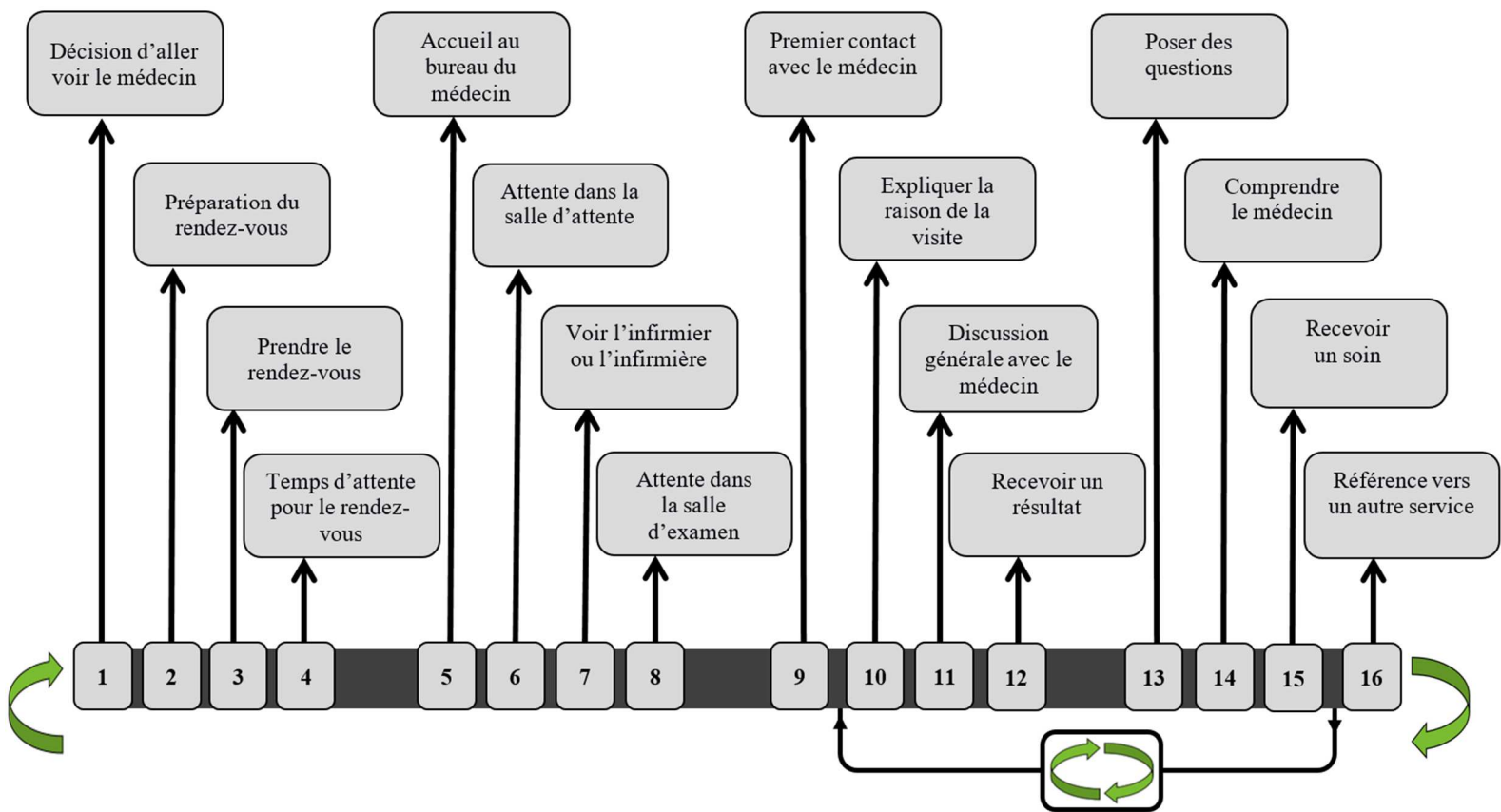
**Tableau 4.2 Les points critiques qui caractérisent la visite chez le médecin de famille** *(les moments où les participants ont vécu des émotions au cours de la visite chez leur médecin de famille).*

Point critique (PC)		Définition du PC
1	Décision d'aller voir le médecin	Moment(s) au cours duquel(desquels) le patient contemple la nécessité d'aller voir son médecin de famille jusqu'au moment il ou elle ressent une certitude quant au besoin d'aller voir son médecin de famille.
2	Préparation du rendez-vous	Moment(s) au cours duquel(desquels) le patient effectue des recherches sur internet, prend des notes et crée une liste de choses à aborder avec son médecin de famille.
3	Prendre le rendez-vous	Moment(s) au cours duquel(desquels) le patient rejoint le bureau de son médecin de famille afin de prendre un rendez-vous.
4	Temps d'attente pour le rendez-vous	Temps d'attente pour le rendez-vous, ce qui inclut aussi le temps de déplacement pour se rendre au bureau de son médecin de famille.
5	Accueil au bureau du médecin	Moment au cours duquel le patient arrive et entre au bureau du médecin de famille, ce qui inclut l'accueil initial et l'interaction avec le ou la secrétaire/réception, y compris donner sa carte de santé et parler de la raison de sa visite chez son médecin de famille.
6	Attente dans la salle d'attente	Temps d'attente pour voir le médecin de famille dans la salle d'attente du bureau du médecin de famille.
7	Voir l'infirmier ou l'infirmière	Moment au cours duquel l'infirmier ou l'infirmière effectue la vérification des signes vitaux et d'autres vérifications initiales avant de voir son médecin de famille.
8	Attente dans la salle d'examen	Temps d'attente pour voir le médecin de famille dans la salle d'examen du médecin de famille.
9	Premier contact avec le médecin	Moment au cours duquel le médecin entre dans la salle d'examen, ce qui inclut l'accueil et la salutation du patient par le médecin de famille.
10	Expliquer la raison de la visite	Moment au cours duquel le patient explique la ou les raisons de la visite à son médecin de famille.
11	Discussion générale avec le médecin	Moment au cours duquel le patient et le médecin de famille entretiennent une conversation, ce qui inclut l'ensemble des échanges verbaux et non verbaux explicites et non explicites qui ont rapport à l'expérience de la visite chez son médecin de famille au cours de la conversation avec le médecin de famille.

12	Recevoir un résultat	Moment au cours duquel le médecin de famille révèle un résultat ou un diagnostic à son patient.
13	Poser des questions	Moment(s) au cours duquel(desquels) le patient pose des questions à son médecin de famille.
14	Comprendre le médecin	Moment(s) au cours duquel(desquels) le patient s'attarde à comprendre les informations qui lui sont données par son médecin de famille.
15	Recevoir un soin	Moment(s) au cours duquel(desquels) le patient reçoit un traitement ou un soin médical de son médecin de famille, ce qui inclut aussi de la conversation du choix de traitements ou du cours d'actions médicales à suivre avec son médecin de famille.
16	Référence vers un autre service	Moment au cours duquel le patient est dirigé vers d'autres services médicaux (tests, spécialistes) par son médecin de famille.

Nous représentons aussi graphiquement ce parcours dans la figure suivante:

**Figure 4.2 L'expérience d'une visite chez le médecin de famille**



Comme on le constate dans la Figure 4.2, la visite elle-même commence avant l'arrivée du patient au bureau du médecin de famille et elle continue jusqu'à la référence vers un autre service. Après le premier contact avec le médecin de famille (au moment 9), une série d'instantanés caractérisent le temps passé en présence du médecin de famille soit lors des moments 10 à 15. L'ordre des moments 10 à 15 est interchangeable jusqu'à la fin de la visite. Par exemple, il se peut que le médecin de famille commence sa conversation en donnant un résultat (moment 12) et parle ensuite avec son patient de manière générale (moment 11) avant de donner au patient une référence vers un autre service médical. La fin de la visite peut arriver après avoir:

- reçu un soin;
- reçu un temps pour un prochain rendez-vous ou
- reçu une référence vers un autre service médical, par exemple: aller passer un test de sang ou aller voir un spécialiste.

Après la fin de la visite, il est très courant de devoir éventuellement retourner voir son médecin de famille, même si cela n'est que pour un prochain examen de santé annuel. On démontre cette continuité du parcours des patients avec des flèches indicatives dans la Figure 4.2.

#### Description des points critiques

Dans les prochaines lignes, nous présentons une description du vécu émotionnel des participants à chaque point critique. Ici, on remarque que plusieurs dimensions influencent les émotions des participants lors de leur expérience, cela incluant la concordance et la discordance linguistique avec le médecin de famille. Dans les descriptions suivantes, nous faisons aussi la distinction des vécus émotionnels ressentis en raison de la concordance ou la discordance linguistique.

## **Décision d'aller voir le médecin de famille**

On ressent un stress dans la décision d'aller voir le médecin ou non. On se questionne nous même, et on ne veut pas déranger le médecin. La décision d'aller voir le médecin peut prendre jusqu'à un mois à faire, et on ressent que c'est un défi qui peut avoir un effet sur la santé. Prendre la décision d'aller voir le médecin de famille, c'est aussi un processus qui peut être épuisant, et qui peut dissuader de vouloir aller souvent chez son médecin. Envers le fait de prendre cette décision, on dit aussi être découragé.

## **Préparation du rendez-vous**

On ressent toujours de la nervosité et de l'inquiétude en raison de son état de santé avant de se rendre chez son médecin de famille. C'est intimidant d'aller voir son médecin quand l'état de son corps et de son esprit n'est pas optimal, et cela cause de l'appréhension avant le rendez-vous. On imagine que plus on est malade, plus on ressent de l'inquiétude avant le rendez-vous.

De plus, lorsqu'on prépare son rendez-vous, on ressent aussi de l'incertitude, et comme patient on se remet en question et on est surtout « sur les nerfs » (P2(F).GD3(K).(MNF) lorsqu'on a affaire avec un nouveau médecin de famille.

Alors, on prépare son rendez-vous en faisant des recherches en français, et en anglais, bien qu'il arrive que les termes francophones soient plus faciles à comprendre. Toujours, on ressent que la préparation du rendez-vous est un travail épuisant, frustrant, et qui mène à l'impatience. Heureusement, prendre des notes ou faire une liste avant le rendez-vous aide à pallier la nervosité, l'inquiétude et la peur de l'oubli devant une situation déjà difficile. On ressent aussi que la préparation du rendez-vous est importante et que cela aide le médecin de famille dans son travail.

On ajoute aussi que comme patient, on prépare son rendez-vous par désir d'avoir plus d'information sur son état de santé et pour se sentir capable de bien poser des questions au médecin. On espère savoir utiliser les bons mots pour décrire son mal, et on espère pouvoir comprendre et se faire comprendre par le médecin. C'est une situation stressante et on vit indéniablement une inquiétude avant son rendez-vous, et c'est une inquiétude qui monte même jusqu'à un sentiment de peur.

À cela s'ajoute qu'avant le rendez-vous (et parfois tout de suite en revenant d'un rendez-vous), on est déjà incertain des informations que le médecin a données lors du dernier rendez-vous. Cela amène à vouloir se préparer davantage pour le prochain rendez-vous, et on ressent que la préparation est de plus en plus nécessaire, surtout avec l'âge.

Par ailleurs, comme patient, en étant dans une situation de discordance linguistique, on imagine que la préparation de son rendez-vous poserait moins de stress si le médecin de famille était francophone. On ressent aussi qu'il y aurait moins d'ouvrage, et peut-être même qu'aucune préparation ne serait nécessaire. De plus, quand le médecin de famille ne parle pas de français, on ressent l'obligation de devoir faire ses recherches en anglais. Même si cela prend plus de temps, on ressent que c'est nécessaire, car on veut avoir l'assurance de bien présenter son problème de santé au médecin de famille. Déjà, devoir faire des recherches sur la santé c'est du travail ... mais devoir les faire en anglais c'est exaspérant.

### **Prendre le rendez-vous**

On ressent que c'est difficile de faire un rendez-vous quand le médecin de famille n'est pas toujours disponible, et c'est inquiétant. En fait, on se trouve chanceux quand le médecin est disponible. Il arrive même qu'une attente de 2-3 jours soit nécessaire afin de rejoindre le bureau



afin de faire un rendez-vous.

Pour prendre un rendez-vous, on ressent que ça implique « tout un patacla » (P1(F).GD6(T).(MNF) d'organisation et de logistique. Par exemple, lorsque le suivi pour un prochain rendez-vous est à faire soi-même, on dit ne pas aimer cette méthode de fonctionnement. On trouve qu'il n'est pas raisonnable de devoir « tomber dans une quête » (P2(H).GD6(T).(MF) d'attente pour un appel et pour un suivi... d'ailleurs un appel qui ne viendra peut-être pas. On vit de l'incertitude en ne sachant pas si ... ou quand le médecin de famille veut voir son patient pour un suivi. En revanche, on se sent choyé lorsque le bureau du médecin s'occupe du suivi pour le prochain rendez-vous, et on est heureux lorsqu'on ne demande plus la raison de la visite avant de parler au médecin de famille lui-même.

### **Temps d'attente pour le rendez-vous**

Quand on est malade, on ressent qu'on ne peut pas attendre longtemps pour son rendez-vous. Alors, c'est une grande surprise très agréable d'avoir un rendez-vous dans un délai très court (d'ici le lendemain). On ressent qu'un délai de 2-3 jours est aussi excellent, positif et rend de la satisfaction dans le service. Quand le temps d'attente pour le rendez-vous est court, assez vite ou rapide, on ne ressent pas de frustration.

Par conséquent, quand on attend au moins trois semaines pour son rendez-vous, on ressent que c'est long. Être malade et attendre pour son rendez-vous c'est stressant, on imagine le pire et on est inquiet, et alors le temps paraît plus long, c'est difficile. C'est difficile surtout quand on attend dans l'incertitude ... sans savoir ce qui se passe en ce qui concerne le suivi pour nos résultats. Ainsi alors, attendre un mois avant son rendez-vous, ça rend nerveux, et c'est difficile d'attendre un médecin qui est parti en voyage ou qui n'est que disponible quelquefois par mois.

Aussi, on trouve que c'est malheureux de devoir attendre et de se déplacer dans une autre communauté pour avoir recours un service d'un médecin de famille francophone.

### **Accueil au bureau du médecin de famille**

L'accueil c'est important, même c'est aussi important que le soin que l'on reçoit du médecin. Comme patient, on arrive parfois chez notre médecin en détresse, on est déjà fragile, émotif, et inquiet. C'est un problème quand le tout débute mal quand on est mal accueilli et c'est pire quand on a un mal physique. D'ailleurs, quand l'accueil est froid, négatif ou sec, ça n'aide pas à bien vivre le reste de son rendez-vous. En plus, quand on est mal accueilli, on peut remettre en question le service du médecin de famille.

De ce fait, un accueil négatif, et une expression au « bec pincé » (P5(H).GD1(S).(MNF) de la part de la réception, offre une atmosphère qui est fatigante. Le patient se sent alors comme s'il est un poids lourd et comme s'il n'est pas le bienvenu chez son médecin. De plus, une mauvaise expression faciale du personnel à la réception tend à rendre les patients mal à l'aise, surtout quand on ne dit pas bonjour au patient. Alors comme patient, on tremble, on ressent que l'on est en trop et que l'on n'est pas au bon endroit. On a hâte d'aller s'asseoir, ou de s'en aller. Étant donné ces sentiments, on aimerait au moins avoir un sourire à l'accueil pour mieux commencer son rendez-vous.

Par ailleurs, on questionne aussi la « cage » (P2(H).GD6(T).(MF) dernière laquelle se trouve la réception. On ressent que c'est très difficile de s'y habituer. À l'approche de la réception, on se sent comme l'ennemi contre lequel on doit se protéger, même si on comprend les raisons pédagogiques et intellectuelles de la « cage », il arrive qu'on le vive mal. C'est comme un mûr, et on ressent que c'est particulier. Aussi, c'est gênant de se faire demander la raison de la visite à la

réception. D'ailleurs même se faire demander sa carte de santé ça fait monter l'anxiété et on préfère avoir le choix de ne rien dire de la raison de sa visite avant de voir le médecin. De surcroît, dans le cas d'avoir un médecin de famille qui n'est présent que quelques fois par mois, c'est enrageant et c'est épuisant d'avoir oublié sa carte de santé et sa liste de prescriptions lors de l'arrivée à l'accueil et de devoir annuler son rendez-vous.

Spécifiquement, quand l'accueil est en français, c'est très bien. On ressent de l'empathie et il n'y a pas de problèmes. D'ailleurs avec un accueil en français, on s'attend de recevoir un service humain et empathique. On ressent que la communication est meilleure et quand on dit « bonjour » au patient on se sent bien reçu. Cette simplicité fait preuve d'ouverture, et comme patient on se sent mieux à l'aise et détendu.

Au contraire, quand la réception s'adresse en anglais aux patients francophones, c'est frustrant, et on ressent alors qu'il y a un manque de reconnaissance de l'importance des services en français à la réception.

### **Attente dans la salle d'attente**

En général, on est reconnaissant quand la réception informe le patient du temps d'attente dans la salle d'attente avant de voir le médecin, et cela rend à l'aise. Par contre, dans la salle d'attente, on se sent comme un objet quand les affiches informent les patients qu'on ne peut que parler « d'un nombre limité de problèmes » (P2(F).GD2(S).(MF) avec le médecin de famille.

En plus, attendre pour voir le médecin dans une salle d'attente trop pleine, c'est frustrant et désagréable. On se sent aussi impuissant devant l'état peiné des autres patients qui attendent aussi dans la salle. Par ailleurs, on ressent que c'est incroyable que le médecin de famille prenne du temps personnel (pour faire des prières) durant ses heures de bureau alors que les patients sont

là à attendre leur tour. Pour certains patients, savoir que l'on doit attendre plus de 2 heures dans la salle d'attente ne dérange pas, par contre pour d'autres c'est frustrant. Attendre pour plus de 2 heures dans la salle d'attente c'est contrariant et irritant. Comme patient, on sent sa pression montée, et de la colère. Néanmoins, c'est commun d'attendre 1 heure pour voir le médecin, et pour certains encore on ressent que c'est long d'attendre 1 heure, car on n'aime pas attendre. Ainsi, quand on attend environ 30 minutes pour voir le médecin, on se sent choyé. On aime aussi quand le temps d'attente est d'environ 10 minutes, car ce n'est pas frustrant, ce n'est pas trop long. Quand le temps d'attente est court, on est émerveillé.

Dans une situation de concordance linguistique, on explique que trouver de l'information en français dans la salle d'attente c'est important, on adore, et on se sent bien quand l'information est facile à comprendre.

Inversement, dans une situation de discordance linguistique quand on remarque aussi que les affiches et l'information dans la salle sont toutes en anglais, on ressent que ce n'est pas correct, c'est frappant même, on est incrédule, et on ne se sent pas à notre place comme patient.

### **Voir l'infirmier ou l'infirmière**

Rien n'est nécessairement négatif, et il n'y a pas de surprise avec l'infirmier ou l'infirmière. Pour plusieurs, c'est un service neutre, qui est bien et rassurant, et qui inspire confiance quand il est bien rendu. Par contre, comme patient on peut se sentir découragé de devoir prendre son poids à ce moment. Tout de même, dans une situation de discordance linguistique avec l'infirmier ou l'infirmière qui doit expliquer une procédure médicale en anglais, on n'a pas confiance. Comme patient on voudrait être capable de poser plus de questions et on désire même vouloir se retirer de la situation.

## **Attendre dans la salle d'examen**

Dans certaines situations, on trouve que c'est mieux quand il y a présence d'un ordinateur dans la salle d'examen, mais quand la salle est trop petite on se sent confiné comme dans un cubicule.

Dans une situation de discordance linguistique, quand on attend dans la salle d'examen et que l'on remarque que toutes les affiches dans la petite salle sont anglophones, on ressent encore des questionnements sur notre place en tant que patient francophone.

## **Premier contact avec le médecin**

Lors du premier contact avec le médecin, l'accueil par le médecin est très important. En général, l'accueil est bien quand le médecin dit « bonjour » et prend le temps d'écouter et d'accueillir son patient par son nom. C'est important que le médecin connaisse le premier nom de son patient, car un accueil amical et personnalisé, ça fait une différence et rend le patient bien à l'aise. On ressent que c'est important de laisser une bonne impression auprès du patient, car cela inspire confiance.

On aime aussi que le médecin pose la question « Est-ce qu'il y a des changements dans ta vie? » (P3(H).GD5(T).(MF). Quand on reçoit un tel accueil, on dit ne pas avoir de problèmes. Au premier contact avec le médecin, le seul problème est de ne pas savoir si notre médecin de famille parle le français ou non, et dans ce cas, on parle en anglais et on reçoit notre service en anglais.

Par ailleurs, on ressent que c'est positif quand le médecin est assis faisant face au patient, on ressent que le médecin est attentif. Comme patient, on est super content d'avoir un bon contact et une bonne communication avec son médecin. De ce fait, quand le contact visuel et humain n'est

pas là, c'est difficile de communiquer et c'est aussi frustrant de ne pas avoir l'attention du médecin. Quand l'accueil commence mal, le reste du rendez-vous est plus difficile. Par exemple, on ressent que l'on reçoit un service « brouche brouche » (P5(F).GD5(T).(MF) (ce qui veut dire « broche à foin » ou très vite fait) quand le médecin ne voit que son patient vite fait dans un couloir au lieu de prendre le temps de le voir dans la salle d'examen médical. Aussi dès le départ, quand le médecin est trop direct avec ses questions, par exemple « *what can I do ?* » et « *what are you here for ?* » (P2(F).GD1(S).(MNF), on se sent comme si on était à la confession, en plus de se sentir pressé et dépêché.

### **Expliquer la raison de la visite**

Expliquer la raison de la visite, ce n'est pas un exercice de neutralité, c'est un moment qui est émotif, où l'on ressent beaucoup d'anxiété, de la nervosité ou de la peur. Même souvent comme patient, on ne sait pas trop ce que l'on ressent, et on se sent bizarre quand on essaye de décrire nos problèmes de santé. Le côté émotif peut nous affaiblir, et alors on est stressé, peu importe si notre médecin parle le français ou non. Ainsi, expliquer son problème, c'est mélangeant même en français, et on ressent que c'est important d'être précis, car la santé c'est sérieux. De plus, expliquer la raison de sa visite ce n'est pas évident, surtout quand c'est un problème de santé qui est gênant, cela est difficile et insécurisant.

Heureusement, on ressent que c'est positif de pouvoir apporter « sa liste » chez le médecin de famille. Inversement, on ressent que c'est un problème quand le médecin limite le nombre de questions que peut apporter le patient, on ressent que cette limite n'a pas de bon sens. Ainsi, quand le médecin est conscient et reconnaît « la liste », comme patient on n'a pas peur. Sinon, on est frustré de devoir prioriser nos problèmes de santé (majeur vs mineur), et on ne sait pas comment

faire ce choix. Comme patient on se sent pressé, c'est difficile, et on ressent le malaise de devoir faire un choix. Dans une telle situation, on se remet en question, on se sent humilié, démuni, traité en bébé, niais, et on manque de confiance en soi. Parfois, on ressent même le besoin de sortir du bureau du médecin de famille.

Alors, comme patient, on est mal à l'aise dans ce moment, et on ressent l'inquiétude en plus de l'inquiétude en raison de son état de santé. On a peur aussi de ne pas s'être bien exprimé surtout lorsqu'on veut l'appui du médecin pour avoir une référence vers un traitement précis afin d'être satisfait du service. Quand on n'arrive pas à se faire comprendre, on se sent rejeté, frustré, et on n'a pas le goût de retourner voir le médecin.

De surcroît, quand on manque de familiarité avec le médecin (en plus de tout) on ressent le devoir de se faire croire par le médecin, afin qu'il sache qu'on ne se plaint pas pour rien. On ressent le besoin de documenter son état de santé afin de pouvoir se justifier au médecin. Ressentir le devoir de se justifier, c'est un sentiment négatif, qui mène aussi à de l'impuissance, et on ne veut pas être mis de côté par le médecin.

En plus, il arrive que le patient sente que c'est à lui la responsabilité de savoir parler au médecin. On ressent qu'on ne doit pas laisser au médecin tout le pouvoir de décision, et que comme patient, il faut parler et s'exprimer. C'est un devoir et avec l'âge, on ne se gêne plus de parler au médecin, car on n'a pu rien à perdre. Aussi, on est conscient qu'il ne faut pas parler trop vite quand on explique la raison de la visite, surtout quand le médecin informatise tout de suite les données du rendez-vous.

Avec le médecin qui parle le français (concordance linguistique), on n'est pas anxieux et on se sent capable d'expliquer la raison de sa visite. C'est beaucoup plus facile de se concentrer et

c'est facile de converser de manière beaucoup plus spontanée avec le médecin. On ressent que l'on se fait écouter. C'est une belle expérience, c'est rassurant, et cela inspire la confiance.

En revanche, expliquer la raison de visite au médecin qui ne parle pas le français (discordance linguistique) ce n'est pas évident. Comme patient, on se fâche, ça va mal et on ne sait pas si on utilise les bons termes. On ressent qu'il faut tout le temps chercher ses mots et on ressent le devoir de traduire et d'évaluer tous ses mots. De plus, pour s'exprimer en anglais, on ne se sent pas nécessairement à la hauteur, car cela demande de la concentration qui déclenche un stress supplémentaire. Dans cette situation comme patient, on se sent aussi inadéquat et c'est insécurisant de ne pas savoir et de ne pas être certain d'avoir bien compris.

Aussi comme patient, quand on doit essayer de traduire, on se rend compte que certaines choses en santé se traduisent mal. Pour s'aider, parfois on se prend différemment pour expliquer la raison de la visite. Par exemple on parle en comparaison, et on utilise des notes pour ne pas oublier les termes. Sauf, qu'il arrive aussi qu'en anglais les émotions soient moins présentes, ou qu'elles ne sont pas nécessairement les mêmes que l'on vive en français. Devoir traduire, ce n'est pas facile, c'est demander beaucoup d'une personne. En plus, on se sent tellement vulnérable de ne pas avoir la validation d'être bien compris.

En surplus, on ressent de la misère à s'expliquer, surtout quand le mal est nouveau et toujours c'est un défi d'expliquer la douleur lorsqu'on n'est pas capable de choisir les bons mots. On ressent la frustration d'être incapable de se traduire, on se perd, c'est bien maudit, et on se doute non seulement de nous-mêmes, mais même du mal que l'on ressent. C'est aussi difficile d'avoir confiance en nous même et de faire confiance au médecin. On ressent que c'est un handicap de ne pas avoir le vocabulaire pour bien s'expliquer en anglais. Aussi, par peur de se tromper dans



ses mots, parfois on opte pour ne rien dire ou on n'ose pas mentionner tout son mal au médecin de famille. Ainsi, pour éviter les malaises, on veut faire sa vite, et passer vite à la prochaine étape.

### **Discussion générale avec le médecin**

Pour les patients, en général, c'est émotif de parler au médecin de famille et pendant la discussion on aime avoir confiance et se sentir bien. On ressent qu'il est important que la personnalité du médecin inspire la confiance. On est heureusement surpris par l'humilité, l'amabilité et l'humanité de son médecin de famille. C'est spécial un médecin de famille qui propose des solutions adaptées aux besoins spéciaux de son patient. C'est aussi très important un médecin de famille qui a de l'entregent, qui est positif et proactif, et très bien un médecin compréhensif, professionnel et consciencieux. On apprécie beaucoup un médecin de famille qui fait des suivis. Aussi, comme patient avec un médecin « avant-gardiste » P2(F).GD5(T).(MF), on vit des émotions plus positives.

Par ailleurs, parler avec un médecin qui ne fait pas preuve de manières de chevet, fait éprouver des émotions négatives. Un médecin de famille qui donne une consultation avec sa main sur la poignée de porte c'est désagréable. Dans ce cas-là, on « garroche » P1(F).GD3(K).(MNF) l'information qu'on peut au médecin, on oublie facilement et on est moins capable de se concentrer. Comme patient, on a peur et on a simplement le goût de sortir de là.

De surcroît, discuter avec un médecin qui est pressé c'est très stressant. Dans le cas d'un médecin pressé, on ressent toujours comme si on était « entre-deux » P3(F).GD6(T).(MF). On se sent poussé, pressé, sous pression, sans envie de poser des questions, et toujours avec la peur de ne pas le comprendre. Un médecin pressé, sa tombe sur les nerfs, et comme patient on se sent bousculé. Il arrive aussi qu'on oublie des choses, et on n'a pas nécessairement envie d'avoir une

prochaine visite même si la santé pourrait en souffrir. En opposition, quand le médecin prend son temps lors de la discussion, c'est rassurant et c'est vraiment bien, car on ressent qu'il est attentionné. Dans ce cas, on aime beaucoup et c'est rassurant comme patient de ressentir que l'on s'occupe de nous. On ressent du positif et on ne se sent pas bousculer. En général, ça se passe bien quand le médecin prend son temps, et on ressent que c'est formidable quand le médecin prend 10 – 15 minutes avec son patient.

Avec un médecin qui nous est nouveau, ça peut bien aller pendant la discussion. Pour d'autres c'est plus long, plus difficile et plus stressant. Parfois on ressent aussi l'inquiétude d'avoir bien compris, et d'avoir utilisé les bons mots pour décrire son problème de santé. À l'occasion, avec un médecin de longue date, on se sent plus capable de parler à son médecin de famille. Pour d'autres, on trouve aussi que c'est beaucoup mieux de discuter avec un jeune médecin. On adore les jeunes médecins, et l'on n'a pas peur de leur parler. On est à l'aise avec un jeune médecin, car on ressent qu'il est plus à l'écoute et que l'on est capable de communiquer avec ce dernier.

Parlant de communication, on imagine aussi que ça doit être terriblement frustrant de ne pas être capable de s'exprimer dans sa langue dans une situation de pression et de tension. Il arrive que durant la discussion avec le médecin de famille on se sente intimidé, sous tension et sous pression. Au choix, on aime mieux le service en français, car on ressent que c'est important d'être compris et ça va tellement bien quand on peut dire au médecin comment on se sent. Aussi, en général, on ressent que c'est plus facile comprendre le français d'un médecin qui possède un accent familial. Toujours, avec un médecin francophone, on a aussi plus d'attentes de recevoir un service de santé avec de l'empathie.

Quand le médecin de famille parle le français (concordance linguistique), on se sent en confiance, et la concordance facilite beaucoup la discussion. On se sent rassuré, en sécurité, plus

compris et écouté. Comme patient, on ressent que parler la même langue que son médecin c'est très important, même essentiel et on ressent que c'est une absolument une priorité. Ça rend plus confortable et ça fait une grosse différence, car on sait que le médecin comprend et qu'on va le comprendre. En retour, cela inspire la confiance. Comme patient, en ayant confiance, on exprime mieux ses inquiétudes, on ne doit pas chercher nos mots et on ressent que la conversation est plus naturelle. C'est beaucoup plus facile de parler de son état de santé en français. En général, on ressent aussi que tout se passe bien avec un médecin francophone et on se sent très chanceux quand on a un médecin qui parle le français. On est plus à l'aise, mais aussi plus à l'aise au niveau émotif et on ressent les bienfaits de la concordance linguistique même envers la guérison. Au choix, on aime mieux avoir un service en français de son médecin de famille.

Tout à l'inverse, lors de la discussion générale dans une situation de discordance linguistique, comme patient on ressent un froid, un obstacle, un frein ainsi que du stress. On ne se sent pas pleinement à l'aise. On se retrouve dans une situation de tension et de nervosité. On ressent aussi que parler en anglais avec son médecin de famille c'est comme traiter d'affaires et de business, non pas de santé. On ressent toujours une crainte envers l'incertitude et le manque d'assurance d'avoir été compris par le médecin. De plus, pour discuter en anglais, ça ne vient pas aussi facilement. C'est un défi de se sentir à l'aise et le niveau de confort est absolument plus difficile à atteindre. On ressent le besoin d'être mis en sécurité.

Comme patient, on ressent que l'on n'est pas partie prenante, « pas victime ... mais pas loin » P2(F).GD1(S).(MNF). On ne ressent de ne pas être sur un pied d'égalité avec notre médecin de famille, et l'on vit une infériorité linguistique et une infériorité comme être humain. On se sent coupé, retiré, isolé, attaqué et mis à l'écart.

## **Poser des questions**

En tant que patient, on ne se sent pas toujours à l'aise de poser ses questions au médecin même si on est bilingue. On ressent déjà beaucoup d'émotions et on a peur de poser des questions qui pourraient choquer le médecin. Aussi, c'est difficile de bien exprimer nos questions au médecin de famille, surtout quand on ressent que le médecin n'aime pas qu'on lui pose des questions, qu'il n'écoute pas vraiment son patient. De plus, si le médecin est condescendant, comme patient, on ressent qu'il se moque de nous, on se demande si nous-mêmes on est stupide. On se sent vulnérable.

En posant des questions à son médecin en français dans un cas de concordance linguistique, on se sent plus à l'aise et moins stressé. Dans une situation de discordance linguistique, on remarque que l'on pose moins de questions au médecin anglophone que l'on poserait naturellement à un médecin francophone. On n'aime pas passer « comme une nono » P2(F).GD1(S).(MNF) alors on ne pose pas autant de questions, et on n'est pas souvent confortable avec le changement de sens et de connotation des mots entre les langues. On imagine aussi qu'avec un médecin francophone on n'aurait pas à s'inquiéter de poser les mauvaises questions.

## **Comprendre le médecin**

La visite chez le médecin de famille est un événement émotionnel, et on avoue comme patient que l'on puisse « manquer des bouts » (P3(F).GD6(T).(MF) dans la compréhension des termes techniques et très difficiles du médecin en raison de nos émotions. Pour comprendre les termes médicaux, on a besoin de les réentendre. On veut alors du langage compréhensible, car sinon on ne comprend rien du langage des médecins. Même lorsqu'une troisième personne traduit en français les propos du médecin, on ressent que ce n'est pas la même chose, et quand même on ne comprend pas totalement, ou on comprend le tout de travers. Aussi, en recevant une traduction

de l'information médicale, comme patient on n'a pas toujours l'impression qu'on nous raconte la vérité et dans ce cas, on a un petit peu peur. Pour d'autres aussi la traduction c'est insécurisant, et c'est très inquiétant.

Quand le médecin ne parle pas le français (discordance linguistique), on se demande toujours si on a bien compris, et souvent on a de la difficulté. Toute notre compréhension est affectée. On se sent insécurisé, incertain et craintif. Il arrive alors que l'on rentre dans une « *bubble* » P1(F).GD3(K).(MNF) là où on n'entend plus rien, et on se sent seul. En plus, en essayant de comprendre le médecin, on se concentre tellement que l'on n'entend plus le médecin ou on oublie instantanément ce qu'il tente de dire. On essaye de trouver les mots pour tout traduire sur le champ, et alors on est préoccupé à faire de la traduction. C'est difficile, et ce n'est pas évident. Quand on ne comprend pas le médecin qui ne parle pas le français, on se sent inférieur, stupide, coincé, paniqué, un peu offensé, hésitant, fâché ou embarrassé. On trouve que la situation est désagréable et souvent on analyse tellement que l'on peut aussi se faire de mauvaises idées sur notre état de santé.

### **Recevoir un résultat**

En général, on trouve très bon et même excellent de recevoir un résultat à la maison. Comme patient, on aime le sentiment de sécurité que cela nous procure. On préfère un service rapide et efficace pour recevoir nos résultats. On n'aime pas être sur le « qui-vive » P1(F).GD5(T).(MNF) (*expression de la langue française qui veut dire: être sur ses gardes; être à l'attente d'une attaque*) et d'attendre pour des résultats à cause d'un manque de continuité dans les services de santé. Au moment de recevoir un résultat, on est aussi inquiet, et craintif. Comme

patient, on veut un résultat compréhensible, et on est bien quand les résultats sont bien expliqués par le médecin.

Ce ne sont pas tous les médecins qui vont des faire suivis des résultats avec leurs patients et on est positivement surpris quand le médecin demande de recevoir les résultats et les rapports pour son patient. On se sent chanceux et satisfait quand le médecin montre le résultat au patient et effectue un suivi.

En plus, on se trouve chanceux et rassuré de recevoir un résultat pas écrit. C'est bon de recevoir son résultat pas écrit, car le médecin peut alors se faire comprendre et pour le patient on ressent que c'est plus rassurant. Aussi, comme patient, on oublie quand le résultat n'est pas écrit. D'ailleurs, même si le résultat est écrit en anglais, on trouve que c'est correct. Et pour certains, on dit qu'on n'a pas de misère à comprendre un résultat en anglais.

Par ailleurs, recevoir un grave diagnostic de santé de manière catégorique (par exemple: un diagnostic de cancer), c'est décourageant. À ce moment, un médecin sarcastique c'est aussi bizarre et frustrant. En plus, si le médecin de famille est condescendant, on n'a pas nécessairement le goût comme patient de suivre son traitement ou les recommandations du médecin. Dans une telle situation, certains ne veulent même pas revoir leur médecin ou d'autres vont omettre de partager de l'information avec leur médecin afin de s'en aller plus vite.

On ressent aussi plusieurs émotions négatives envers le médecin qui dit à son patient que ses symptômes sont « *normal for your age* » P6(H).GD2(S).(MF). Pour le patient, c'est insultant, inacceptable et ce n'est pas correct de se faire dire cela par un médecin.

En plus, recevoir un résultat dans une situation de discordance linguistique, on craint de ne pas comprendre, et de ne pas être compris. À ce moment, la plus grande peur c'est de ne pas

comprendre ce que le médecin va dire et de ne pas comprendre comment il va le dire. Souvent, comme patient francophone, on a besoin plus de temps pour enregistrer et comprendre l'information. On « se sent vulnérable et on est stupide » P2(F).GD3(K).(MNF) et on sait qu'on ne devrait pas se sentir comme cela surtout quand on ne peut pas comprendre. C'est un conflit, on n'est pas confortable, et souvent on est plus timide aussi alors comme patient, on prend l'information et on s'en va.

### **Recevoir un soin**

En tant que patient, quand on reçoit un soin, on désire connaître les effets du soin sur notre vie. Quand on est en accord sur un traitement, ça ne dérange pas du tout. Mais trop de traitement, c'est trop. De plus, quand le médecin de famille est ouvert aux médecines douces, on ressent de la collaboration et alors on ressent d'être capable de bien partager notre santé. On trouve ça bien l'ouverture, car souvent dans les débuts avec un médecin de famille on est gêné de parler de médecines douces. Quand le médecin est fermé aux médecines douces, ça rend les choses difficiles.

D'ailleurs, quand le médecin n'est pas ouvert, on ne partage pas toujours les détails de notre santé, car on ne veut pas non plus donner la satisfaction au médecin de famille de connaître les résultats des médecines douces. On ne dit rien, et comme patient on compartimente notre santé. On n'est pas confortable de tout dire au médecin, car on ressent qu'il va « couper » P1(F).GD5(T).(MNF) davantage la communication. On ressent que c'est dommage de ne pas pouvoir faire confiance à un médecin qui a brimé le lien de confiance en étant fermé aux besoins de son patient.

Quand on reçoit un traitement d'un médecin francophone (concordance linguistique), on est confortable. Tout va bien, on est tellement confortable, on n'est pas gêné, on peut vraiment démontrer nos sentiments, même dans les moments inconfortables.

Dans une situation de discordance linguistique, quand on fait affaire à des formulaires avec le médecin, on ressent le devoir de traduire dans sa tête avant de « recracher » P2(F).GD1(S).(MNF) une réponse. C'est subtil, ce n'est pas évident avec des formulaires en anglais. On ressent qu'en français ce serait bien plus facile. De surcroît, en recevant un traitement d'un médecin qui ne parle pas le français, au lieu de demander au médecin de quoi il parle, on se questionne soi-même, on se doute de notre compréhension et de notre mémoire. On ressent que l'on ne comprend pas, et on ressent le besoin de recevoir du confort avant de poser des questions.

### **Référence vers un autre service**

Comme patient, on ressent que c'est difficile d'avoir une référence, à moins que le médecin n'ait pas le choix de la faire, comme si on était mourant par exemple. Comme patient, on ressent que c'est difficile de se faire entendre quand l'on veut aller voir un spécialiste, c'est un problème de ressentir le devoir d'exprimer le besoin d'aller voir un spécialiste. On se sent niaisé et confus quand le médecin ne fait pas de référence à d'autres services spécialisés. Ainsi, on peut avoir peur de devoir dire au médecin que l'on souhaite voir un spécialiste.

Néanmoins, on ressent qu'il faut se blâmer soit même comme patient si on a peur de dire à son médecin de famille que l'on souhaite aller voir un spécialiste, et encore plus pour demander un spécialiste francophone. En général, on ressent que ça ne fonctionne pas bien de se faire référer à un spécialiste anglophone. Bien entendu alors, on ressent que c'est bien lorsque le médecin de famille reconnaît le besoin du patient de se faire référer à un spécialiste francophone.



On ressent aussi que le médecin de famille lui-même peut avoir peur de faire une référence à un spécialiste. On ressent que notre médecin ne veut pas nécessairement se faire contredire par un autre, ou qu'il ne veut pas s'abaisser ou avouer un manque de ses capacités professionnelles.

Toutefois, on ressent du positif d'un médecin qui n'est pas gêné de recommander son patient vers un autre service. On ressent alors que c'est un médecin qui est professionnel, consciencieux et qui rassure son patient. Ainsi, un médecin qui fait des références est excellent. Cela inspire la confiance, et comme patient, on est choyé à recevoir une référence, car cela devrait être facile à obtenir. Ainsi, on se considère chanceux d'avoir une référence rapidement, surtout dans le cas d'un traitement pour un cancer. Quand le service est rapide, tout se passe mieux, on ressent alors que le service est meilleur et même parfait. Comme patient, on ne peut pas se plaindre quand le service va vite.

#### **4.3 Dimensions qui influencent l'expérience chez le médecin de famille**

Dans les descriptions des points critiques, on remarque qu'en plus de la concordance et la discordance linguistique, plusieurs autres facteurs influencent le vécu émotionnel des participants lors de la visite chez le médecin de famille. En tout, 22 dimensions se distinguent (Tableau 4.3) (page suivante):

**Tableau 4.3 Dimensions qui influencent l'expérience chez le médecin de famille (selon aucun ordre d'importance):**

1. La concordance et la discordance linguistique
2. La prédisposition émotionnelle du patient (en raison de l'état de santé)
3. L'engagement du patient envers sa santé (attentes, responsabilités)
4. L'horaire et la disponibilité du médecin de famille
5. Le système de prise de rendez-vous
6. Les temps d'attente (avant, pendant et après le rendez-vous)
7. La personnalité du personnel à la réception (accueil, visage, expressions)
8. L'environnement physique de la réception (« cage »)
9. La confidentialité de la raison de la visite
10. L'offre active (ou le manque d'offre active)
11. Le langage médical (peu importe la langue)
12. La grosseur des salles d'examen
13. L'informatisation des rendez-vous
14. La liberté d'expression de(s) raison(s) de la visite
15. Le contact avec le médecin de famille (humanité, visuel, position dans le bureau)
16. La personnalité du médecin de famille (styles de questions, propos dit aux patients)
17. Les attributs personnels du médecin (âge, sexe)
18. La familiarité avec le médecin (nouveau médecin ou médecin de longue date)
19. Le temps alloué au patient (médecin pressé ou médecin prend son temps)
20. Les références vers des services spécialisés (spécialistes, tests)
21. L'ouverture au travail de concertation avec des professionnels de médecine douce
22. Le médium de communication des résultats et de la tenue de dossiers médicaux

#### **4.4 Enquête sur les effets de la concordance et de la discordance linguistique**

Depuis les descriptions de chacun des points critiques, nous avons retenu uniquement les émotions dans les points critiques où la concordance ou la discordance linguistique a un effet direct sur l'expérience. Voir le Tableau 4.4 à la page suivante.

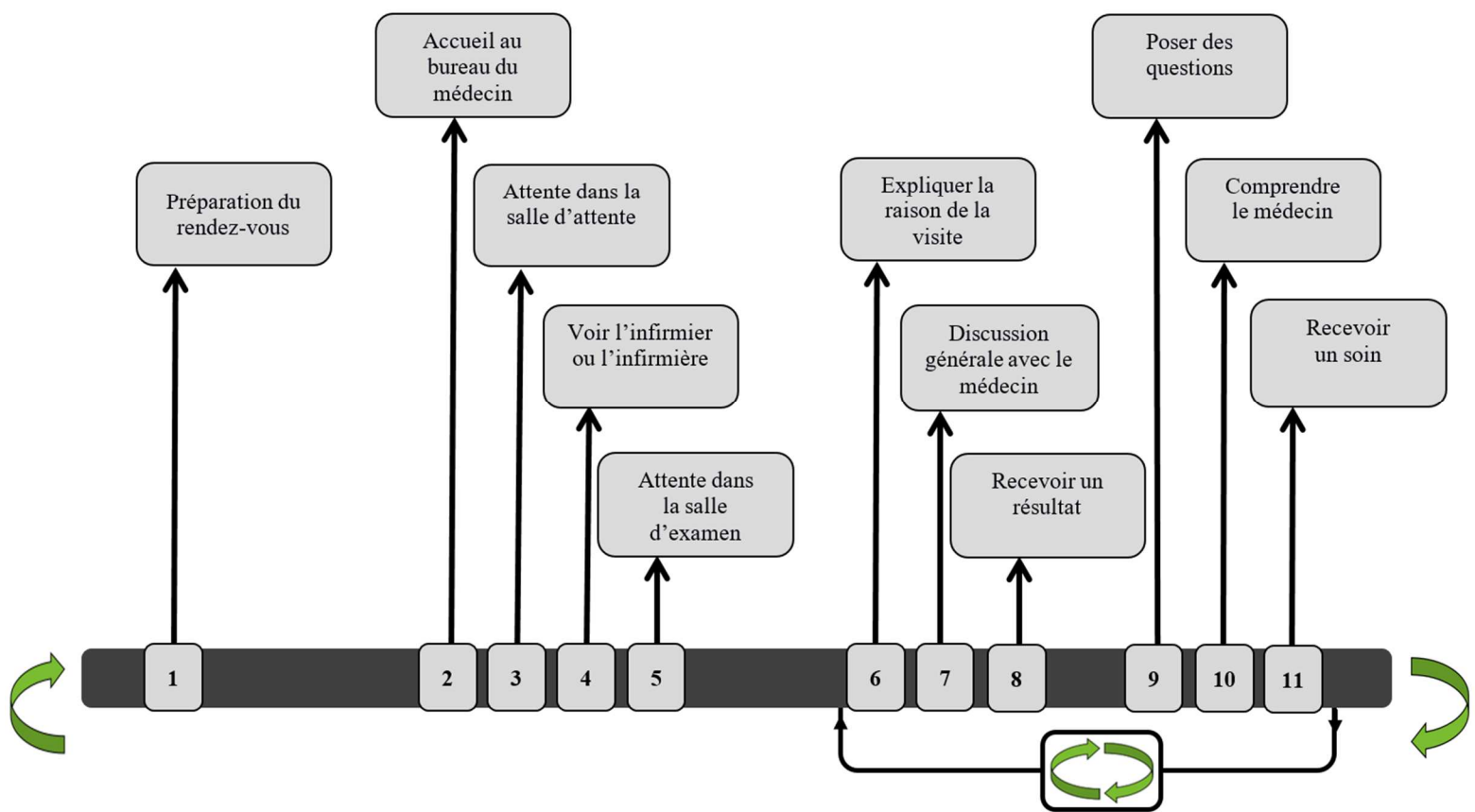
**Tableau 4.4 Points critiques où la concordance ou la discordance linguistique ont un effet direct sur le vécu émotionnel des participants lors d’une visite chez leur médecin de famille**

Points critiques avec émotions en raison de la concordance linguistique	Points critiques avec émotions en raison de la discordance linguistique
Accueil au bureau du médecin Attente dans la salle d’attente  Expliquer la raison de la visite Discussion générale avec le médecin  Poser des questions  Recevoir un soin	Préparation du rendez-vous Accueil au bureau du médecin Attente dans la salle d’attente Voir l’infirmier ou l’infirmière Attente dans la salle d’examen Expliquer la raison de la visite Discussion générale avec le médecin Recevoir un résultat Poser des questions Comprendre le médecin Recevoir un soin

Expérience d’une visite chez le médecin de famille selon la dimension de la concordance et de la discordance linguistique

Il est important de préciser qu’aucun des points critiques n’est défini uniquement à cause d’émotions vécues en raison de la concordance ou de la discordance linguistique avec le médecin de famille. En effet, plusieurs des dimensions que nous avons identifiées peuvent influencer les émotions des participants dans un point critique. Par contre, il est très clair dans le discours des participants, que certaines des émotions soient ressenties explicitement en raison du fait que le médecin de famille parle le français ou ne parle pas le français. La Figure 4.4 à la page suivante démontre l’expérience d’une visite chez le médecin de famille selon la dimension de la concordance et de la discordance linguistique.

**Figure 4.4 L'expérience d'une visite chez le médecin de famille selon la dimension de la concordance et de la discordance linguistique**



#### 4.5 Émergence des thèmes émotionnels

Pour comprendre la dimension linguistique de l'expérience d'une visite au-delà de sa présence dans certains des points critiques, nous avons repris toutes les émotions dans les points critiques vécues en raison de la concordance et de la discordance linguistique. En créant l'inventaire des émotions, nous avons rassemblé les émotions qui se ressemblent ainsi que celles qui s'opposent. Cela a permis de créer 4 regroupements d'émotions positives et négatives, d'où 4 thèmes émotionnels font émergence (Tableau 4.5). De plus, lors de ce processus on remarque déjà une règle générale:

- En parlant des effets de la concordance linguistique, les participants expriment des émotions positives. Par exemple: ils disent être à l'aise, bien, confortables et naturels et ils disent se sentir rassurés et capables. En somme, les sentiments de **confort, d'accessibilité (facilité d'engager le service), de sécurité et de confiance dans ses aptitudes personnelles** sont les thèmes émotionnels qui résument l'expérience d'une visite chez le médecin de famille selon la dimension de la concordance linguistique.
  
- À l'inverse, en parlant de l'effet de la discordance linguistique, les participants décrivent leur expérience avec des émotions négatives. Par exemple: ils disent se sentir stressés, inquiets et nerveux. Ils ressentent le défi, l'insécurité, l'infériorité, le doute et l'embarras. En somme, les sentiments **d'inconfort, d'inaccessibilité, d'insécurité et de sentiments d'inaptitudes personnelles** sont les thèmes émotionnels qui résument l'expérience d'une visite chez le médecin de famille selon la dimension de la discordance linguistique.

La dimension de la concordance et de la discordance linguistique lors d'une visite chez le médecin de famille a été étudiée dans son ensemble et nous présentons alors la suite de nos résultats en termes des 4 grandes thématiques émotionnelles qui englobent les aspects positifs et négatifs des émotions vécues. Ces 4 thématiques émotionnelles sont 1) le confort et l'inconfort; 2) l'accessibilité et l'inaccessibilité; 3) la sécurité et l'insécurité, et 4) l'aptitude et l'inaptitude.

**Tableau 4.5 Regroupement des émotions et l'émergence des thèmes émotionnels vécus par des francophones en raison de la concordance (émotions positives) et de la discordance (émotions négatives) durant l'expérience d'une visite chez le médecin de famille**

Concordance		Discordance	
Moins stressé		Stress	
Pas anxieux		Nerveux, paniqué	
À l'aise		Anxiété	
On est bien		Pas à l'aise	
Confortable		Mal, Embarrassé	
Belle expérience		Inconfortable,	
Aime mieux (meilleur)		désagréable	
Chanceux		Crainte, peur, inquiétude	
Adore		Préoccupé	
Attente à de l'empathie		Fâché, frustré	
		Épuisant, Impatience	
		Offensé, froid	
		Aime moins	

Thème émotionnel:	
Confort	Inconfort

Concordance		Discordance	
Beaucoup plus facile		Défi, pas facile	
(concentrer, conversé)		Pas évident, subtil	
		Obstacle, frein	
Spontanée		Bien maudit	
Naturelle		Concentration	
Important		Oublie	
Priorité		Handicap	
Essentiel		Moins naturel	
		« Devoir faire »	
		« Falloir »	
		« Chercher »	

Thème émotionnel:	
Accessibilité	Inaccessibilité

Concordance		Discordance	
Sécurité		Insécurisant	
Rassurant		Infériorité (de la langue	
		et en tant qu'être	
		humain)	
		Inégalité	
		Vulnérable	
		Attaqué, coincé	
		Isolé, coupé, seul	
		Mis à l'écart	
		Presque victime	
		Pas à sa place	

Thème émotionnel:	
Sécurité	Insécurité

Concordance		Discordance	
Sent capable		Incapable	
		Doute, Incertitude	
Inspire confiance (en		« Moins d'émotions/	
soi, au médecin)		Émotions différentes »	
Certitude « on sait »,		Inadéquat, Pas à la	
« être certain »		hauteur	
Pas gêner « Capable de		Remets en question	
démontrer nos		Hésitant, Réticent	
sentiments »		Timide	
		Stupide	
		« Nono »	
		Manque de confiance	
		(en soi, au médecin)	
		« Vouloir »	
		Évitant (« Se retire »,	
		« bulle », « opte pour	
		rien dire », « n'ose	
		pas »,	
		« faire ça vite », « s'en	
		aller »)	

Thème émotionnel:	
Aptitude	Inaptitude

### Le confort et l'inconfort

Selon le Larousse (2017), le confort c'est une « tranquillité psychologique, intellectuelle, morale obtenue par le rejet de toute préoccupation ». L'inconfort, selon Larousse (2017), représente « caractère désagréable, incommode d'un état dans lequel se trouve quelqu'un ».

Voici les émotions vécues dans une situation de concordance linguistique que nous représentons avec l'aspect du confort:	Voici les émotions vécues dans une situation de discordance linguistique que nous représentons avec l'aspect de l'inconfort:
Moins stressé Pas anxieux À l'aise On est bien Confortable Belle expérience Aime mieux (meilleur) Chanceux Adore Attente à de l'empathie	Stress, tension Nerveux, paniqué Anxiété Pas à l'aise Mal, embarrassé Inconfortable, désagréable Crainte, peur, inquiétude Préoccupé, perdu Fâché, frustré, exaspérant Épuisant, impatience Offensé, froid Aime moins

*L'expérience d'une visite chez le médecin de famille selon la dimension de la concordance et de la discordance linguistique en termes de confort et d'inconfort*

Lorsqu'on prépare son rendez-vous, et que l'on possède un médecin de famille qui ne parle pas le français, l'inconfort est très apparent dans les émotions des participants. On dit ressentir un stress et une peur devant l'incertitude d'être compris et de pouvoir comprendre le médecin. On veut bien se préparer, et c'est épuisant de toujours devoir tout traduire. Quand la traduction est complexe (par exemple un mal de cœur en français, c'est plus tôt comme une nausée en anglais - et non un mal dans le cœur), cela peut frustrer les patients, et on dit « ... souvent, la traduction anglophone et francophone, ce n'est pas la même chose non plus. On a déjà vu cela combien de fois ... **ça ça peut frustrer.** » dit P2(F).GD1(S).(MNF).

La préparation du rendez-vous demande parfois de faire des recherches sur l'internet, de prendre des notes, et de faire une liste afin de ne pas oublier ce dont l'ont veut dire au médecin. Devant la préparation des notes pour son rendez-vous, on ressent de la frustration et de l'impatience.

Chercheur: « Quand on est chez nous puis on prend des notes [...] qu'est-ce qu'on ressent par rapport à aller voir le médecin ... ? »

P2(F).GD1(S).(MNF): « **Frustration, puis impatience** [...] **ahhhh (grand soupir) il faut** que je me prépare, puis **il faut que** je me prépare en anglais, **c'est ... haaa (soupir).** »

On est frustré davantage lorsqu'une fois revenu à la maison, après son rendez-vous, on réalise qu'on a oublié de mentionner plusieurs des éléments sur notre liste, et on est frustré en recommençant notre liste pour le prochain rendez-vous.

Aucun participant dans une situation de concordance n'a partagé des émotions relativement au fait que leur médecin de famille parle le français pour ce point critique. Mais, pour ceux dans une situation de discordance, on s'imagine qu'avec un médecin de famille francophone, la préparation de son rendez-vous serait plus aisée:

P2(F).GD3(K).(MNF) « En français [...] on **n'aurait pas besoin** de se préparer, on pourrait faire la recherche qu'on veut, on aurait beaucoup moins d'ouvrage parce **qu'on n'a pas besoin de** prendre autant de notes. »

P1(F).GD3(K).(MNF) « **Ça serait moins stressant** [...] parce qu'on aurait moins de préparation [et] parce qu'on est dans notre langue. »



En arrivant au bureau du médecin de famille, des participants en situation de concordance linguistique avec leurs médecins peuvent déjà se sentir beaucoup mieux en sachant que leur médecin est francophone en entrant dans le bureau, on nous dit que:

P5(F).GD2(S).(MF). « Maintenant, avec un médecin de famille francophone, **je me sens beaucoup mieux** quand je rentre dans un bureau [...] **je suis très détendue, à l'aise.** »

De plus, quand l'accueil dans la salle de réception est francophone, on dit ressentir du confort en terme de la communication:

P4(F).GD1(S).(MNF) « Parce qu'elle est française (la réceptionniste) **tu sens que la communication est meilleure ... et on apprécie beaucoup.** »

D'ailleurs, que le médecin de famille soit francophone ou anglophone, les participants disent ne pas avoir de problème quand l'accueil à la réception est en français, car avec un accueil francophone on se sent bien. À l'inverse, c'est frustrant de se faire adresser en anglais à la réception, surtout quand l'on sait que la personne à qui on s'adresse peu parler français. En voici un exemple:

P2(F).GD1(S).(MNF) « **Ça me frustre** aussi [...] puis c'est la réceptionniste/ garde malade qui est à la réception, elle sait que je suis francophone, elle sait que ma mère est francophone, mais a s'adresse toujours en anglais, c'est moi qui dois adresser en français pour demander quelque chose... »

En attendant dans la salle d'attente avant de voir le médecin, plusieurs participants en situation de concordance linguistique sont inconfortables et quasiment offensés du fait que toute l'information disponible dans la salle d'attente (formulaires, pancartes, pamphlets, revues) est en anglais. On dit ressentir du confort et du bien-être quand l'information disponible dans la salle d'attente est en français:

P5(F).GD2(S).(MF) « **J'adore** le fait que je peux arriver dans le bureau pis premièrement je peux prendre une revue et lire en français [...] Même si, même si on attend pour deux minutes, on peut lire quelque chose en français. C'est important parce qu'il y a toute sorte d'informations, qui viennent dans les revues dans les salles d'attente des médecins alors, moi **j'adore ça ici** pour ça. Puis tout est facile à comprendre. **Je suis bien.** »

P7(F).GD2(S).(MNF) « **Wow!** »

Pour certains, une visite chez le médecin de famille inclut un temps avec un infirmier ou une l'infirmière afin de parler de la raison de visite et de prendre le poids ou les signes vitaux. En général, il est bien de voir un infirmier ou une l'infirmière francophone. À l'occasion, l'infirmier ou l'infirmière est aussi disponible pour aider le médecin de famille à donner un résultat médical au patient, mais cela ne rend pas nécessairement le patient à l'aise. Dans une situation de discordance avec le médecin de famille, c'est inquiétant que l'information se fasse traduire par l'infirmier ou l'infirmière. Cela peut même faire peur:

P3(F).GD2(S).(MNF) « Son aide, son infirmière était francophone puis elle était gentille puis très bonne, mais **ce n'est pas la même chose** quand tu te fais expliquer un problème

par l'infirmière quand c'est une troisième explication. [Déjà] on dirait, que quand [l'information] vient du médecin [anglophone], tu ne comprends pas totalement là. Tu comprends juste hybride, puis tu comprends tout de travers des fois là... Et là pis t'arrives avec l'infirmière, puis elle traduit. Après cela, et si elle n'est pas avec le médecin, tu n'as pas l'impression que c'est la vérité nécessairement. **Tu as un petit peu peur** qu'elle a traduit à sa manière là. En tous cas, c'est insécurisant pour moi ... j'ai vécu ça pendant 25 ans. »

Dans un autre instant avec une infirmière anglophone, comme patient on est inconfortable et on aime moins se faire expliquer des procédures pour une chirurgie mineure en anglais, et surtout quand notre médecin de famille lui-même est francophone.

Dès le départ, expliquer la raison de la visite à son médecin de famille est en soi un moment qui peut soulever plusieurs émotions d'inconfort telles que le stress et l'anxiété. Étant dans une situation de concordance linguistique, on exprime ressentir un genre de soulagement du fait de savoir que le médecin va pouvoir nous comprendre, et que nous allons aussi le comprendre. On ressent du positif de pouvoir s'exprimer en français surtout quand la raison de la visite est éprouvante et très inconfortable. D'ailleurs on ressent en comparaison:

P1(F).GD2(S).(MF) « J'ai toujours eu un médecin anglophone jusqu'à 5 ans passés, à peu près 6 ans passés. [Présentement] je vois une grosse différence me semble, **je ne me sens pas anxieuse** quand je vais chez le médecin parce que je vais être capable de lui expliquer exactement le bobo. »

P6(H).GD2(S).(MF) « Oui, exactement! »

Et encore on ressent:

P5(F).GD4(H).(MF) « Tu t'imagines... **belle expérience** en terme de l'écoute. »

Au contraire, expliquer la raison de la visite à son médecin de famille dans une situation de discordance, c'est inconfortable, et comme de raison, cela peut causer un stress supplémentaire chez les patients. On est frustré de ne pas pouvoir nuancer l'explication de son malaise, on se fâche contre soi-même, et ça va mal!

La discussion générale avec le médecin de famille est au cœur de l'expérience des francophones chez leurs médecins de famille. À ce moment de discussion, le patient francophone en situation de concordance linguistique est confortable, bien, et à l'aise. Pour les patients qui ont déjà eu un médecin francophone, on se rappelle même d'avoir été beaucoup plus confortable et d'avoir ressenti une différence et des impacts positifs par rapport à sa santé. Toujours en situation de concordance linguistique, on mentionne clairement que:

P1(F).GD2(S).(MF) « Ben moi, **je n'ai pas le problème** parce qu'elle est francophone, euh ma médecin. »

Et de nouveau:

P2(F).GD2(S).(MF) « [...] Mais euh, donc pour l'aspect du français, moi **je n'ai pas de problèmes avec elle**, elle me parle toujours français. »

Pouvoir s'exprimer en français avec son médecin de famille, c'est aussi une question de pouvoir s'exprimer au niveau de ses émotions, soit un langage qui est intimement lié à l'état de la santé des personnes. On reconnaît que:

P4(F).GD4(H).(MF) « Ben moi **j'ai pas de problèmes** en anglais même, mais quand ça vient à ta santé, quand même **plus à l'aise en français**, même si je n'ai pas de difficultés à m'exprimer, **je suis plus à l'aise** au niveau émotif. »

Mentionnons que dans une situation très difficile pour l'une des participantes à l'étude, cette dernière dit avoir été confortable lorsque son médecin anglophone aurait fait un effort extrême pour essayer de comprendre en français. Dans cette situation de discordance, la participante ne pouvait que s'exprimer en français pour expliquer le cancer qui l'affligeait et pour parler du récent décès de son conjoint. Les émotions étant trop grandes pour les exprimer en anglais, alors la patiente s'est sentie confortable finalement de parler en français lors de ces instants critiques.

Notons aussi que comme francophone on peut avoir des attentes en termes de notre confort lors de la discussion générale avec son médecin de famille:

P2(H).GD6(T).(MF) « [...] avec un médecin francophone, **je m'attends à beaucoup plus d'empathie.** »

On se trouve alors très chanceux d'avoir un médecin de famille francophone qui va nous comprendre et que nous allons comprendre. Au choix, on aime mieux le médecin francophone étant nous-même francophone.

Pour les patients qui ont déjà eu un médecin anglophone, on se rappelle aussi de l'inconfort vécu en termes de craintes au moment de la discussion générale. Toujours, on craint ne pas avoir été compris, et on se rappelle avoir vécu un froid émotionnel lorsqu'on devait s'adresser au médecin en anglais. On souligne d'ailleurs que:

P2(H).GD6(T).(MF) « C'est un défi de te sentir **à l'aise**, d'avoir (malgré euh ..les inquiétudes) d'avoir un sentiment où on se sent en sécurité avec notre médecin ... au niveau de ce qu'on va lui dire: Va-t-il comprendre? Être réceptif? Être empathique? Um ... **le niveau de confort est euh, plus difficile à atteindre** si la personne parle pas français. »

P1(F).GD6(T).(MNF). « Absolument! »

En parallèle, les participants qui sont présentement dans une situation de discordance linguistique avec le médecin de famille sont conscients que la discordance peut causer une ligne de stress supplémentaire lors de la discussion générale. Sachant aussi que la communication entre le médecin de famille et le patient n'est qu'une des composantes émotionnelles de l'expérience d'une visite, l'échange suivant démontre les effets directs de la discordance au moment de la discussion générale toujours en termes d'inconforts, de froid et le malaise:

P1(F).GD6(T).(MNF) « Mais, um.. pour moi c'est plus ma capacité de m'exprimer, puis ma capacité de me poser mes questions que je préférais faire en français[...].

L'expérience est là, puis je veux dire mon médecin est très très bonne, mais c'est comme **il y a quand même un froid**, il y a quand même un... il y a quand même un ... je n'ai pas commencé à expliquer ... »

P3(F).GD6(T).(MF). « Comme un p'tit obstacle. »

P1(F).GD6(T).(MNF). « Ouin, ouin. Il y a comme... »

P3(F).GD6(T).(MF). « Un p'tit frein là .. quel'que part ... qui fait en sorte que vous vous **sentez pas pleinement à l'aise**. »

P1(F).GD6(T).(MNF). « Oui! C'est ça. Me semble il y a pas là ... tu sais il y a pas l'union, travail ensemble, partenaire tout ça um... »

Chercheur. « Alors il y a pas de sentiment d'être partenaire? »

P1(F).GD6(T).(MNF). « Ouain. Pis, je veux dire, je sais que ça... il y a pleins de composantes qui feraient que... qui peuvent faire en sorte... c'est pas juste la langue, mais la langue a quelque chose à jouer là-dedans. »

Au-delà de la discussion générale avec le médecin de famille, l'expérience du patient en présence du médecin de famille englobe aussi le moment où le médecin informe son patient d'un diagnostic ou d'un résultat de tests. Recevoir le résultat d'un test peut aussi être une épreuve émotionnelle pour le patient en situation de discordance linguistique. Même si le médecin explique bien, la plus grande peur c'est de ne pas comprendre le médecin: ce qu'il va dire, et comment il va le dire. On dit d'ailleurs ne pas être confortable, car on ne comprend pas et on souhaite de ne pas avoir à se sentir de cette manière.

Au moment de poser des questions au médecin de famille, dans des cas de concordance linguistique, les participants indiquent être moins stressés, et plus à l'aise de pouvoir poser des questions en français. En revanche, lors du moment de poser des questions au médecin de famille dans des de discordance, on ressent l'inquiétude de poser les mauvaises questions, ainsi que de l'anxiété et du malaise surtout dans une situation comme la suivante:

P1(F).GD6(T).(MNF) « Dernièrement dans les dernières années, j'ai eu des problèmes de santé. Je suis bilingue, mais je dois dire que j'arrive mieux à m'exprimer, c'était quand même des problèmes de santé assez importants, alors j'étais très anxieuse ... euh il y avait beaucoup d'émotions là. En tout cas c'était une question d'une tumeur cancéreuse au

colon alors euh j'ai passée à travers la radiation, la chimio tout ça là... Alors c'est sûr, dans des temps comme ça je me sentais souvent anxieuse d'aller à mes rendez-vous pour arriver à bien m'exprimer qu'est-ce qui se passait puis tout ça. Je suis bilingue, j'ai quand même réussi, mais euh, je ne pense pas que c'est là, mais je ne me sentais pas aussi à l'aise euh de poser mes questions ou de parler ou d'avoir cette relation avec mon médecin [de famille] »

À ceci, s'ajoute aussi l'inconfort des participants lors des moments où l'on cherche toujours à comprendre le médecin de famille. Toujours, on est inquiet et c'est une grande crainte de ne pas avoir la certitude d'avoir compris le médecin. La retranscription de l'échange suivant est très descriptif de situations d'inconfort qui débutent dès le moment d'essayer de comprendre ce que le médecin de famille essaye d'expliquer à son patient dans une situation de discordance linguistique:

P2(F).GD3(K).(MNF) « On concentre tellement pour notre traduction, qu'on oublie ce que le médecin est train de nous dire. »

P3(F).GD3(K).(MF) « Ou qu'est-ce qu'on dit .... »

P1(F).GD3(K).(MNF) « On l'a même pas entendu! »

P2(F).GD3(K).(MNF) « On l'entend pu, on l'entend pas ce qu'il vient juste de dire. »  
[...]

P2(F).GD3(K).(MNF) « On se sent même des fois ... c'est comme inférieur ou on se sent comme stupide des fois. »

P3(F).GD3(K).(MF) « Ouain, coincé, on se sent euh ... »

P1(F).GD3(K).(MNF) « **Paniqué.** »

P3(F).GD3(K).(MF) « Je regarde ça là depuis tantôt (regarde la liste d'émotions présentée à chaque participant des groupes) ...**on a déjà senti toutes ces émotions-là** un moment



donné. » (Rire)

P1(F).GD3(K).(MNF) « On est **préoccupé à-à traduire** là c'est ça là, ouais. »

P2(F).GD3(K).(MNF) « On se sent **quasiment un petit peu offensé.** » « Oui. »

P3(F).GD3(K).(MF) « Oui. »

P2(F).GD3(K).(MNF) « **Offensé parce que t'es pris dans toé** parce que, on n'est pas capable de s'expliquer dans notre langue. »

P3(F).GD3(K).(MF) « Pis là tu viens hésitant aussi, tu veux plus dire, tu sais plus quoi dire ... »

P2(F).GD3(K).(MNF) « **Tu viens - Tu viens fâché** parce que t'es pas capable de dire ce que toé tu voudrais dire [ou] t'expliquer dans ta langue, tu te sens... tu te sens coincé. »  
[...]

P3(F).GD3(K).(MF) « **Embarrassé des fois y tout** ... on dirait t'es pas capable t'expliquer fak t'a de l'air... »

P2(F).GD3(K).(MNF) « Oui. **Embarassed**, parce là t'es-t'es, t'a de l'air... »

P1(F).GD3(K).(MNF) « Tu te sens inférieur. »

P2(F).GD3(K).(MNF) « **Pi là tu deviens nerveux** [et] là tu vois que tu manques de temps là. »

P1(F).GD3(K).(MNF) « **C'est désagréable.** »

Toujours en termes de confort ou d'inconfort, le patient attribue aussi un niveau de confort à la concordance linguistique lors du moment de recevoir un traitement. Dans une situation particulière, le patient c'est senti confortable d'indiquer au médecin une douleur plus élevée que la normale, et ainsi le médecin c'est rendu compte d'une erreur dans le traitement qui allait être administré au patient. À cause de la concordance, le patient c'est senti confortable de partager sa

douleur et ses inquiétudes, cette personne avoue en parlant de sa situation de concordance antérieure:

P1(F).GD3(K).(MNF) « ... **toute ben été mon affaire**, mais j'veux dire, j'aurais pu dire non fait pas si mal que ça, tsé mais **j'étais tellement confortable** avec lui. »

P2(F).GD3(K).(MNF) « T'aurais pu dire no no euh ... anglophone, no no I'm fine! Là là, euh no no it's okay! »

P1(F).GD3(K).(MNF) « Ouai, ouai ouai, ouai. »

## L'accessibilité et l'inaccessibilité

Selon le Larousse (2017), l'accessibilité signifie ce « que l'on peut facilement aborder ». L'accessibilité est donc l'état d'une relation avec une autre personne, un objet ou un service par qui peut être facile ou difficile à engager. Larousse (2017) définit l'inaccessibilité en termes de ce « qui n'est pas à la portée des facultés intellectuelles ou ne peut être que très difficilement connu [ou] compris ». Lors de l'expérience d'une visite chez le médecin de famille, plusieurs émotions sont utilisées par les participants pour décrire ce qui se passe avec facilité ou pour décrire les obstacles et les défis vécus dans l'ensemble de l'expérience.

Voici les émotions vécues dans une situation de concordance linguistique que nous représentons avec l'aspect de l'accessibilité:	Voici les émotions vécues dans une situation de discordance linguistique que nous représentons avec l'aspect de l'inaccessibilité:
<p>Beaucoup plus facile (concentrer, conversé)</p> <p>Spontanée Naturelle Important Priorité Essentiel</p>	<p>Défi, pas facile, subtil Pas évident Obstacle, frein Concentration Oublie Handicap</p> <p>Moins naturel</p> <p>« Devoir » « Falloir » « Chercher » (dans le sens de devoir travailler pour se renseigner)</p>

*L'expérience d'une visite chez le médecin de famille selon la dimension de la concordance et de la discordance linguistique en termes d'accessibilité et d'inaccessibilité*

Dès l'arrivée dans le bureau du médecin de famille dans une situation de discordance linguistique, on ressent le besoin qu'un effort soit fait pour avoir un accueil francophone.

Quant à l'attente dans la salle d'attente, on évoque la même citation que plus tôt, afin de démontrer l'impact de retrouver de l'information francophone dans la salle d'attente en termes d'accessibilité:

P5(F).GD2(S).(MF) « J'adore le fait que je peux arriver dans le bureau pis premièrement je peux prendre une revue et lire en français [...] Même si, même si on attend pour deux minutes, on peut lire quelque chose en français. **C'est important** parce qu'il y a toute sorte d'informations, qui viennent dans les revues dans les salles d'attente des médecins alors, moi j'adore ça ici pour ça. Puis **tout est facile à comprendre**. Je suis bien »

P7(F).GD2(S).(MNF) « Wow! »

Quand la secrétaire parle en anglais, c'est aussi pas évident et plus difficile de comprendre:

P3(F).GD2(S).(MNF) « [...] **tu comprends pas totalement là. Tu comprends juste hybride là. Puis tu comprends tout de travers des fois-là.** »

Ensuite, au moment d'expliquer la raison de la visite au médecin, l'inaccessibilité ressentie persiste lors de situation de discordance linguistique. C'est un défi de devoir traduire, de devoir penser et peser ses mots devant le médecin. Ce n'est pas facile, c'est même un handicap de ne pas pouvoir trouver ses mots quand il faut le faire. Expliquer son mal, c'est un travail qui demande beaucoup plus de concentration sur son bilinguisme en plus de la concentration nécessaire sur son mal et on imagine que:

P2(F).GD3(K).(MNF) « **Ça serait beaucoup plus facile** de se concentrer juste sur ton mal, ta raison d'aller voir ton médecin. »

D'ailleurs, dans plusieurs cas, ce n'est pas évident de traduire, et ce n'est pas facile de faire passer le message entendu lorsqu'il faut traduire:

P2(F).GD1(S).(MNF) « Si on veut expliquer qu'on a une infection .. euh vaginale, **c'est pas évident, tsé comme?** »

P4(F).GD1(S).(MNF) « Non, ben non. »

P2(F).GD1(S).(MNF) « Parce que, « Well, euh ... I think I have euh euh champignon, mushrooms euh um. »

P4(F).GD1(S).(MNF) « Ahhh justement!! »

Le défi est aussi ressenti dans la subtilité requise pour faire une traduction. « Devoir » traduire indique aussi la difficulté ressentie devant la tâche. Ce n'est pas facile, et les participants soulignent que souvent les messages peuvent prendre des tournures complètement différentes d'une langue à une autre.

P1(F).GD2(S).(MF) « C'est quand tu dis à ton médecin j'ai mal au cœur, bien mal au cœur, mal aux reins en français c'est une expression qui se traduit pas, **essaye de la traduire c'est un autre bobo complètement différent ...** »

Afin de surmonter le défi de devoir traduire, on s'aide parfois en utilisant des comparaisons pour tenter de mieux décrire notre mal au médecin ou en ayant recours à nos notes que nous avons préparées avant le rendez-vous:

P4(F).GD1(S).(MNF) « Euh non, là là, moi chu there: Um non euh. Pis là **tu te grattes la tête parce que sur le fait**, même si tu l'avais écrit sur ton petit papier en anglais ... »

P3(F).GD1(S).(MF) « **Ça-ça clique pas là.** »

P4(F).GD1(S).(MNF) « Oui! Ou faut je sorte mon petit papier, pis là tu dis okay c'est s'te terme là j'vais utiliser là. »

Pour ce qui est d'expliquer la raison de la visite en situation de concordance linguistique, on ressent que c'est plus facile de converser:

P2(H).GD6(T).(MF) « **Beaucoup plus spontané et plus facile.** »

En général, on ressent que la concordance linguistique lors de la discussion avec son médecin de famille c'est très important, et même essentiel. C'est un problème de moins quand il ne faut pas s'occuper de la langue dans laquelle on parle. C'est une priorité qui facilite beaucoup l'expérience de la visite:

P1(F).GD4(H).(MF) « Bien je pense que peut-être que parler la même langue c'est la base de tout le restant de tes émotions. »

P5(F).GD4(H).(MF) « **Oui, oui, ça facilite beaucoup.** »

Il est évident dans le discours des participants qu'une visite chez le médecin de famille ce n'est pas un exercice de neutralité, c'est une expérience émotionnelle qui se vit beaucoup plus facilement et naturellement quand nos émotions et nos questions par rapport à la santé peuvent se faire exprimer en français, et cela, même si on est bilingue:

P1(F).GD5(T).(MNF) « Ben [le français] c'est notre langue émotionnelle. [...] Donc notre première langue si on est chez le médecin les émotions prennent le dessus. Bien tu vas mieux t'exprimer dans ta langue maternelle. Donc si tu n'es pas capable de t'exprimer dans cette langue-là, par rapport à tes inquiétudes ou quoi que ce soit, m'semble que [je] cherche moins mes mots puis ... **Ça sort plus naturellement** que si on essaye de le faire

[en anglais]. Même si on est parfaitement bilingue, parce que j'me considère aussi parfaitement bilingue, mais on dirait que quand ça vient au langage des émotions, hm on cherche plus les mots quand on doit euh s'exprimer dans notre deuxième langue. »

Un autre témoignage ajoute:

P1(F).GD3(K).(MNF) « Mais au bout de l'histoire-là, **beaucoup plus facile** parler dans ton langage quand t'exprimes pour la santé. »

En encore on est heureux de se retrouver avec un médecin de famille francophone surtout en prenant de l'âge, car:

P2(H).GD6(T).(MF) « [...] en partant à l'âge où j'arrive, me servant de moins en moins de la langue anglaise, elle m'est de moins en moins familière, c'est-à-dire qu'il y a, je perds du vocabulaire. Ça fait que... je comprends très bien [l'anglais], mais de m'exprimer et de manière aussi co-aussi cohérente qu'ils ont besoin [le médecin] à l'occasion, ça ne vient pas, **ça ne vient plus aussi facilement.** »

De même, pour ceux qui sont dans une situation de discordance linguistique au moment de la discussion générale avec le médecin de famille, on trouve que c'est un défi de se sentir à l'aise, et on vit un obstacle dans l'ensemble de la communication.

À coup sûr alors, les difficultés continues dans une situation de discordance lors du moment de recevoir un résultat d'un test, c'est un conflit quand il faut « dealer » avec un médecin que tu ne comprends pas, c'est plus difficile, car il faut « enregistrer » ce que le médecin dit en anglais:

P2(F).GD3(K).(MNF) « Ben **c'est un conflit quand faut tu « deal »** avec un médecin là, que t'ai pas confortable parce que tu [ne le] comprends pas »

Comme de raison, c'est aussi moins naturel de poser des questions dans un cas de discordance, ou encore de choisir une tournure de phrase qui ne vont pas offenser le médecin, cela n'est pas toujours évident.

Quand il vient alors le moment de comprendre les explications du médecin en situation de discordance, on ressent encore l'inaccessibilité du service traduite par le défi et l'ouvrage qu'il faut faire afin de se concentrer. Ce n'est pas facile:

P2(F).GD3(K).(MNF) « On oublie comme ... **On concentre tellement** pour notre traduction, **qu'on oublie** ce que le médecin est train de nous dire. »

P3(F).GD3(K).(MF) « Ou qu'est-ce qu'on dit. »

P1(F).GD3(K).(MNF) « On l'a même pas entendu! »

P2(F).GD3(K).(MNF) « On l'entends pu [...] on l'entends pas ce qui vient juste de dire. »

Déjà avec tous ces défis, on ressent aussi l'inaccessibilité du service chez son médecin de famille lorsqu'on doit remplir un formulaire anglais avec un médecin anglophone. À ce moment de la discussion du traitement, on dit:

P2(F).GD1(S).(MNF) « [...] **Tu dois faire la traduction dans ta tête pour lui recracher la réponse** parce que là comment **c'est-c'est subtil des choses**, surtout si on doit analyser ou évaluer tes capacités physiques par rapport à ton travail, ton lieu de travail. Ça aussi **c'est pas évident là quand tu t'as un formulaire, puis le formulaire il est en anglais** avec sa technolo- sa terminologie précises... Si le formulaire était en français parce mon médecin peut lire le **français.... ahhh ça serait bien plus facile.** »



### La sécurité et l'insécurité

Selon Larousse (2017), la sécurité évoque la « situation de quelqu'un qui se sent à l'abri du danger et qui est rassuré » dans son environnement. L'insécurité, en revanche, est le « sentiment de vivre dans un environnement physique ou social favorisant les atteintes aux personnes et aux biens » (Larousse, 2017), ce qui est le cas des émotions vécues par certains participants lors de situation de discordance linguistique.

Voici les émotions vécues dans une situation de concordance linguistique que nous représentons avec l'aspect de la sécurité:	Voici les émotions vécues dans une situation de discordance linguistique que nous représentons avec l'aspect de l'insécurité:
Sécurité Rassurant	Insécurisant Infériorité (de la langue et en tant qu'être humain) Inégalité  Vulnérable Attaqué, coincé Isolé, coupé, seul Mis à l'écart Presque victime  Pas à sa place

*L'expérience d'une visite chez le médecin de famille selon la dimension de la concordance et de la discordance linguistique en termes de sécurité et d'insécurité*

On trouve que c'est important d'avoir de l'information en français dans la salle d'attente avant de voir le médecin de famille. On dit aussi que l'on se sentirait plus à notre place en tant que francophone en ayant accès à de l'information et des indications bilingues chez son médecin de famille:

P2(F).GD1(S).(MNF) « [...] Est-ce qu'on va même reconnaître qu'il y a des francophones? Qu'il y a des services en français? Toute les affiches, toutes les affiches médicales, les illustrations tu sais [...] à la réception ... tu pourrais ben écrire: Réception-Reception bilingue ... tu vas pas mourir là. Ça c'est ... **c'est un peu comme j'ai pas ma place.** »

P4(F).GD1(S).(MNF) « Uh hum, Ouai, uh hum. »

Et ce n'est pas surprenant alors que ce même questionnement persiste encore lors de l'attente dans la salle d'examen:

P2(F).GD1(S).(MNF) « [...] moi je regarde, mon médecin est anglophone nécessairement [et] toute les affiches, toutes les informations c'est en anglais [...] Juste le fait que tout est en anglais c'est un peu dire: « **Où est-ce que j'ai ma place ici comme francophone?** »

De plus, pour le patient francophone dans une situation de discordance linguistique il est aussi insécurisant de se retrouver dans une situation avec le personnel infirmier qui fait la traduction des propos du médecin de famille, comme nous l'avons vu dans l'exemple suivant:

P3(F).GD2(S).(MNF) « Son aide, son infirmière était francophone puis elle était gentille puis très bonne, mais ce n'est pas la même chose quand tu te fais expliquer un problème par l'infirmière quand c'est une troisième explication. [Déjà] on dirait, que quand [l'information] vient du médecin [anglophone], tu ne comprends pas totalement là. Tu comprends juste hybride, puis tu comprends tout de travers des fois là... Et là pis t'arrives avec l'infirmière, puis elle traduit. Après cela, et si elle n'est pas avec le médecin, tu n'as pas l'impression que c'est la vérité nécessairement. Tu as un petit peu peur qu'elle a

traduit à sa manière là. En tous cas, **c'est insécurisant** pour moi ... j'ai vécu ça pendant 25 ans. »

Ensuite, en situation de concordance linguistique, on dit être rassuré quand on peut se faire comprendre. À l'inverse, on dit être insécurisé et se sentir vulnérable en tentant d'expliquer la raison de la visite à un médecin de famille qui ne parle pas le français:

P4(F).GD1(S).(MNF) « Puis c'est **les mots que faut tu cherches tout le temps-là** [...] **c'est comme l'insécurité**, c'est comme euh ... tu veux être sûr que t'es bien compris. Puis, je lui dis souvent: Ahh je m'excuse mon français n'est pas-mon anglais n'est pas bon [...] c'est tout le temps l'insécurité de savoir si on a été bien compris. Tu sais, tu cherches tes mots, tu cherches euh les termes... »

P2(F).GD1(S).(MNF) « Tu te **sens tellement vulnérable** parce que tu ne peux pas t'exprimer [...] tu ne peux pas avoir une validation de ce que tu ressens. »

Ce genre de sentiments persistent lors de la discussion générale avec le médecin de famille dans une situation de discordance. On décrit même pouvoir se sentir coupé, dans le sens d'être isolé et mis à l'écart. On mentionne même se sentir attaquer, toujours dans le manque d'assurance d'avoir été compris. À cela s'ajoute la possibilité de se ressentir de l'infériorité en tant que personne et à cause de sa langue:

P1(F).GD1(S).(MNF) « À la discussion, ou tu sais, c'est juste ... »

P2(F).GD1(S).(MNF) « On **se sent pas partie prenante** [...] **c-c'est pas victime, mais ... pas loin** [...] tu te sens **pas** [...] **sur un pied d'égalité** avec ton médecin, c'est **toujours, l'infériorité** je trouve. »

P5(H).GD1(S).(MNF) « Ouai, **l'infériorité linguistique, comme comme être humain**, oui, mais c'est sûr, sur euh sur la langue là. »

Par ailleurs, on imagine que le besoin de se sentir en sécurité chez son médecin de famille est important pour tous, car aller chez son médecin de famille, c'est une expérience émotionnelle en soi peu importe la langue de service. Un des groupes nous en fait le rappel:

P1(F).GD5(T).(MNF) « **On veut être sécurisée, on veut, tu sais... être en connaissance** [...] toute ça pour moi c'est émotionnel.

Chercheuse « Alors, se sentir sécurisé? »

P1(F).GD5(T).(MNF) « De comprendre qu'est-ce qui se passe, savoir qu'elles sont les prochaines étapes. Euh [que l'] on puisse s'exprimer au médecin justement de nos inquiétudes, puis de voir qu'[il] nous comprends. Donc, parce qu'on est inquiet de quelque chose [savoir que le médecin] va faire « xyz » pour nous **sécuriser**. »

Et on dit ressentir tout l'inverse dans une situation de concordance:

Chercheuse « Si vous aviez d'autres commentaires par rapport au fait de parler la même langue que votre médecin de famille, par rapport à votre expérience? »

P3(F).GD6(T).(MF) « **C'est le fait de se sentir plus en sécurité**, plus compris, plus écouté. »

P2(H).GD6(T).(MF) « Le mot compris est important. [En anglais], tu n'as pas le sentiment d'être nécessairement compris. **Tu n'a pas l'assurance** d'avoir été nécessairement compris. »

Chercheuse « L'assurance qui est importante pour vous, lorsqu'on parle de santé? »

P2(H).GD6(T).(MF) « Bien, j'espère (Rires). »

Et dans un autre groupe:

Chercheuse: « Quand on pense aux étapes de nos expériences chez le médecin de famille, après cette discussion-là?

P6(H).GD2(S).(MF) « ). Ben, on s'en va chez nous, **pas mal plus rassurés** en? [...] Pour moi toujours. »

En plus, recevoir un résultat dans une situation de discordance, c'est un autre moment qui évoque de l'insécurité chez le patient:

P2(F).GD3(K).(MNF) « On **se sent vulnérable, on est stupide** comme ... »

P3(F).GD3(K).(MF) « Ouain [...] **on devrait pas « feeler » comme ça.** »

P2(F).GD3(K).(MNF) « **Surtout quand qu'on peut pas comprendre** qu'est-ce qui [le médecin] nous dit là, c'est comme, ben voyons donc ... »

Émotionnellement, cela se rapproche aussi de ce que ressentent les participants au moment de comprendre le médecin de famille:

P1(F).GD3(K).(MNF) « **On se sent seule.** »

P2(F).GD3(K).(MNF) « On **se sent**, même des fois c'est comme **inférieur** ou on se sent comme stupide des fois, c'est comme ça là. »

P3(F).GD3(K).(MF) « Ouain, **coincé**, on se sent euh comme euh ... »

[...]

P1(F).GD3(K).(MNF) « **Tu te sens inférieur.** »

## L'aptitude et l'inaptitude

Selon la définition de Larousse (2017), l'aptitude est une « disposition naturelle ou acquise de quelqu'un à faire quelque chose » (Larousse, 2017). Autrement dit, on parle des capacités individuelles d'un individu de réaliser une action ou une tâche, afin de répondre à ses besoins dans une situation donnée. À l'inverse, l'inaptitude est « l'absence de capacité, des qualités nécessaires pour faire telle chose ». L'aptitude et l'inaptitude sont reflétées majoritairement par les sentiments « d'être capable » et « de ne pas être capable » chez nos participants.

Voici les émotions vécues dans une situation de concordance linguistique que nous représentons avec l'aspect de l'aptitude:	Voici les émotions vécues dans une situation de discordance linguistique que nous représentons avec l'aspect de l'inaptitude:
Sent capable  Inspire confiance (en soi, au médecin)  Pas gêné (« Démontre nos sentiments »)	Incapable Doute, Incertitude « Moins d'émotions/ Émotions différentes »  Inadéquat Remet en question Pas à la hauteur Misère (de faire) Hésitant, Réticent Timide Stupide, « Nono » Manque de confiance (en soi, au médecin) « Vouloir » Évitant (« Se retire », « bulle », « opte pour rien dire », « n'ose pas », « faire sa vite », « s'en aller »)

*L'expérience d'une visite chez le médecin de famille selon la dimension de la concordance et de la discordance linguistique en termes d'aptitude et d'inaptitude*

L'effet émotionnel de la discordance linguistique entre le médecin de famille et le patient est évident au moment de la préparation du rendez-vous. L'incertitude et le doute règnent parmi les propos des participants qui expliquent leur expérience. On prépare souvent une liste de

questions ou une liste de symptômes pour le médecin parce qu'on a déjà oublié des informations depuis la dernière visite, ou pour rien oublié de mentionner lors du prochain rendez-vous. L'anticipation de la visite fait aussi parti de la préparation de la visite, dans un cas de discordance linguistique on ressent:

P2(F).GD3(K).(MNF) « Ça déclenche déjà un stress. Déjà là là, tu es déjà d'une situation de stress parce que là tu dis: **Ah!.. J'espère que je vais être capable** de le comprendre. **J'espère** qui parle pas trop vite. **J'espère que, pis là j'espère que moi je vais être capable** de l'expliquer qu'est-ce que je veux dire, parce que **j'espère que je vais avoir** les bons mots (Moi. Hm) **So ... c'est ça ça déclenche. »**

Dès l'anticipation et la préparation de la visite, on « espère » a plus finir, et souvent on se doute d'être capable de bien « passer », c'est-à-dire, de bien vivre son rendez-vous. Comme patient, on semble vivre la responsabilité de comprendre et d'être compris, ce qui peut causer aussi un stress supplémentaire.

Arriver à l'accueil du bureau du médecin de famille, soit avant ou après avoir vu de médecin de famille, on est aussi plus engagé si la réceptionniste est francophone. Avec un service de réception anglophone, on remarque que l'on se retire beaucoup plus vite de la situation.

P4(F).GD1(S).(MNF) « [La secrétaire te donne] deux dates possibles et **tu sais tu peux** **jasé** puis faire les changements. **Parce qu'elle est française, tu sens que la communication est meilleure...** Si c'est en anglais... **bien okay, on s'en va!** »

On note aussi ce comportement évitant d'un patient francophone qui possède un médecin de famille francophone, mais qui doit aussi faire affaire avec un infirmier ou une l'infirmière anglophone:

P3(F).GD1(S).(MF) (Discordance avec l'infirmier ou l'infirmière) « Mon anglais est limité, alors à ce temps-là, je me sens pas confortable, il y a des questions que **je voudrais demander en plus**, mais je suis limité avec mon anglais. Donc, [...] on dirait **je me retire de la situation**, je demande juste le strict nécessaire. »

Par la suite, dans une situation de discordance, quand vient le temps d'expliquer la raison de la visite au médecin de famille, comme patient on doit faire des efforts supplémentaires afin d'être capable de traduire la raison de la visite. En plus, on se remet en question et on peut même en venir de se douter de nos propres connaissances et nos propres expériences. Toujours inquiet, on se demande ensuite à plusieurs reprises en expliquant la raison de la visite en anglais:

P4(F).GD1(S).(MNF) « **J'ai-tu dit le bon terme?** »

Comme patient, on se sent souvent incapable de trouver les bons mots, et on peut se fâcher contre nous même. On est aussi frustré de ne pas être capable de trouver les mots pour nuancer la douleur que l'on ressent dans notre corps comme l'explique aussi cet exemple dans une situation de discordance antérieure:

P2(H).GD6(T).(MF) Dans la rencontre avec un médecin [...] anglophone, ce qui ressort le plus pour moi, **l'handicap que j'avais** avec un anglophone, c'est la capacité de nuancer par exemple la douleur, ou la provenance de la douleur, ou ce que ça fait [la douleur].

**J'étais pas capable, j'avais pas le vocabulaire pour ... exprimer ça** ».

Des participants avouent eux-mêmes se perdre dans le langage médical en essayant d'expliquer la raison de la visite, et cela encore plus en anglais. De plus, pour ceux qui se disent quand même capables d'expliquer la raison de leur visite en anglais, ils s'imaginent aussi de que



devoir expliquer la raison de la visite dans un état de santé difficile, engendrerai plus d'incertitudes:

P2(F).GD3(K).(MNF) Pour mon expérience j'ai jamais été beaucoup dans l'incapacité (maladie), et je pourrais dire d'être capable de m'expliquer ... mais je pense que si je viendrais dans une situation que **j'aurais besoin de plus m'expliquer, parce que souvent je vais chercher mes mots... Chercher mes mots**, parce qu'en français je sais comment le dire, mais en anglais **je me perds** ... les parties du corps sont pas pareilles. »

En plus, tout en expliquant la raison de la visite à un médecin anglophone, comme patient on n'est toujours pas certain d'avoir été compris. Le doute est dans soi, et dans les capacités du médecin de saisir le problème qu'on essaye si fort d'exprimer. L'exemple suivant raconte cette expérience dans une situation de discordance antérieure avec le médecin famille:

P3(F).GD3(K).(MF) « Parce que **c'est dur d'avoir confiance** aussi en un docteur qui comprends pas exactement qu'est-ce que t'a. Avoir confiance qui va te donner les bons médecins, les bons médicaments [...] ou les bonnes choses, si tu t'es pas exprimé comme il faut, tu dis: **mais okay... y m'as-tu assez compris?** »

P2(F).GD3(K).(MNF) « Pour ... Passer un diagnostic? Si y va être capable de donner le bon diagnostic pour être capable d'y donner l'information. »

P3(F).GD3(K).(MF) « Ouai c'est **ça y m'as-tu assez compris** pour .... donner ouain. So l'à **t'es pas trop certain là, t'es moins confiante dans moi me semble**, c'est ça que des fois j'me sens-là. C'est l'expérience qui qui euh... m'as-tu donné les bons médicaments pour mon problème? **M'es-tu bien expliqué? Y'as-tu bien compris?** [...] Quand c'est

dans une autre langue ... »

P1(F).GD3(K).(MNF) « Ouai ouai ouai. »

Ensuite, expliquer la raison de la visite soulève encore des sentiments d'être inadéquat dans une situation de discordance. Comme patient, on peut agir de manière hésitante et on peut souhaiter que de vouloir passer à la prochaine étape du rendez-vous, car il est difficile de reconnaître ce que l'on ressent dans un autre vocabulaire moins familier. Il arrive aussi que dans une situation de discordance, que l'on soit tellement pris dans nos inaptitudes que l'on puisse volontairement ou involontairement omettre de parler d'une question de santé à notre médecin de famille. Dans l'exemple suivant, la participante connaît bien la date et la nature du test qu'elle vient de passer chez un spécialiste, même si cela ne semble pas avoir été enregistré au dossier médical, et elle se rappelle de devoir expliquer cela à son médecin de famille:

P2(F).GD1(S).(MNF) « C'est ça, parfois tu dis [au médecin]: « J'suis allé voir tel et tel spécialiste » Là le médecin, si c'est pas nécessairement dans le dossier du patient ou de la patiente là parce que **je dois traduire**, bien ... **est-ce que c'est moi qui se trompe? On-on se doute d'avantage**, au lieu de dire [au médecin]: « Aye, oui je sais, c'était à telle date », puis être beaucoup plus ferme. [...] **Parce que c'est dans une autre langue, on se crée un doute davantage**. Puis **t'ose pas dire** ... [...] [Même si] bien toi tu sais que t'es allé à l'hôpital, pis toi tu sais que t'as passé tel et tel tests ».

[...]

P2(F).GD1(S).(MNF) « Pi c'est ça! Parce que c'est pas dans notre langue maternelle, parfois nous allons omettre de donner un ... détail. »

Dans une situation de concordance, on sait que l'émotion va passer quand on expliquer au médecin la raison de la visite. C'est-à-dire, on sait que l'on va réussir à parler de nos émotions, et que notre médecin de famille va nous comprendre. Comme patient, on a confiance en nos propres capacités d'expliquer exactement le problème de santé duquel on fait expérience à notre médecin de famille.

De plus, on souligne encore qu'avec le médecin francophone, on cherche moins ses mots, et on se sent capable de s'exprimer dans notre langue. Toujours en termes d'aptitudes, l'effet de confiance continue aussi durant la discussion générale avec le médecin de famille dans une situation de concordance linguistique.

P3(F).GD3(K).(MF) « **On a plus confiance [...]** parce **qu'on sait qui nous comprend**

**pis nous autres on va le comprendre on a comme, on va dire qu'on a plus de confiance. »**

Inversement, les sentiments d'inaptitude persistent lors d'une situation de discordance linguistique lors de la discussion générale avec son médecin de famille. Comme patient on est réticent, hésitant et on exprime le désir de vouloir se retirer de la situation où l'on doit faire à nos sentiments d'inaptitudes.

Toujours en situation de discordance, les sentiments d'inaptitudes du patient persistent quand arrive le moment de recevoir un résultat de test. En tant que patient, on se sent stupide et on souhaite, à nouveau, de se retirer de la situation sans oser poser d'autres questions:

P2(F).GD1(S).(MNF) « Mais lorsque le médecin est en train de donner le résultat des

tests... Est-ce que le fait de devoir s'adresser en anglais [...] **on est plus timide, ou**

**téméraire, on ose pas poser des questions, puis on-on prend l'information pis dis:**

**Okay je m'en vais. »**

Par ailleurs, dans une situation de concordance linguistique, on se sent capable et certain de pouvoir bien poser nos questions.

On se rappelle ici que des patients en situation de discordance s'imaginent aussi de pouvoir poser plus de questions naturellement si leur médecin de famille était francophone, car en anglais on dit qu'on hésite, on ne veut pas « choquer » le médecin, on ressent de la confusion ainsi que du doute et on ressent toujours l'inquiétude d'avoir posé les mauvaises questions:

P4(F).GD1(S).(MNF) « [En français] Tu poserais 'es bonne questions tsé ... tu serais pas inquiète de poser 'es mauvaises questions [...] (rire). »

P2(F).GD1(S).(MNF). Ouai, mais tsé. Ben, **tsé-t'aime pas passer comme une nono** là. »

Comprendre le médecin quand une situation de discordance évoque des sentiments d'inaptitudes, comme pour ce participant ayant eu longtemps un médecin de famille qui ne parlait pas le français:

P3(F).GD6(T).(MF) « [...] Si yé anglophone, et nous-nous explique les nuances en anglais, **on vas moins les comprendre**, ou on sera **pas sûr qu'on a bien compris**, pis on vas se mettre à analyser, puis on va peut-être **se faire idées qui sont mauvaises** là, parce **qu'on a p-on ai pas sûr d'avoir bien compris** pis euh, on chan-on change la compréhension, ou ça affecte notre compréhension [...]. »

Et encore, d'autres patients expliquent ce qui arrive lorsque le médecin explique des renseignements en anglais, on tente de le comprendre sans pour autant se sentir capable, ou à hauteur de la tâche:

P1(F).GD3(K).(MNF) « On **tombe dans notre bubble** (Rire). »

P2(F).GD3(K).(MNF) « Parce que ... Oui **on essaye - on essaye de trouver les mots, on essaye d'aller traduire ça là.** »

P1(F).GD3(K).(MNF) « **On essaye. c'est ça!** Où c'est qui est le département de traduction icitte là? »

[...]

P2(F).GD3(K).(MNF) « On se sent, même des fois c'est comme inférieur ou **on se sent comme stupide des fois**, c'est comme comment sa là. »

[...]

P1(F).GD3(K).(MNF) « **Tu rentres dans une bubble là.** »

P3(F).GD3(K).(MF) « Ouai puis, [...] positif ou négatif. »

P1(F).GD3(K).(MNF) « T'entends pu rien on dirait, tu comprends? Si [le médecin parle] pas dans ta langue. »

À part un participant qui dit ne pas avoir de misère à s'exprimer et à comprendre le médecin dans une situation de discordance, l'incertitude, le doute et le sentiment de ne pas être capable de comprendre le médecin semblent très présents dans le reste des situations de discordance linguistique:

P5(H).GD1(S).(MNF) « C'est ça qui est ma crainte là [...] est-ce que **je vais être capable de comprendre ce qu'il va me dire? Est-ce que je suis capable de la comprendre?** »

De plus, quand on peut discuter d'un traitement avec son médecin en français, comme patient on dit ne pas être gêné et capable de bien démontrer ses sentiments. Tout au contraire, dans

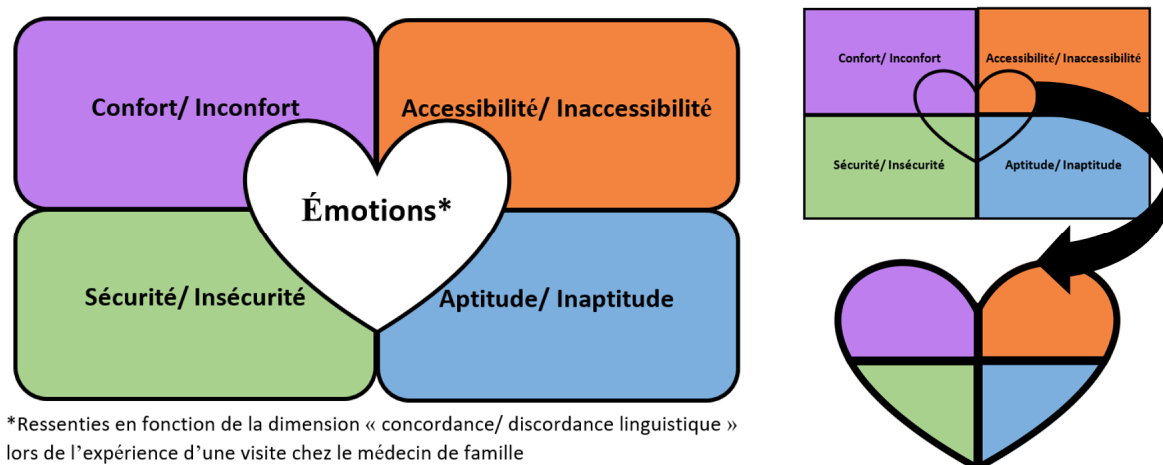
une situation de discordance pour la même personne, on dit se remettre en question, on hésite, et encore on se questionner soi-même au lieu de questionner le médecin:

P1(F).GD3(K).(MNF) « [...] **comprends pu moi là là... So, au lieu de dire: Ben de de quoi tu parles?** Je me suis dit: Voyons, **qu'est-sé qui m'a dit à dernière fois?** »

#### 4.6 Représentation des thèmes émotionnels vécue en raison de la concordance et de la discordance linguistique à travers l'ensemble de l'expérience d'une visite chez le médecin de famille

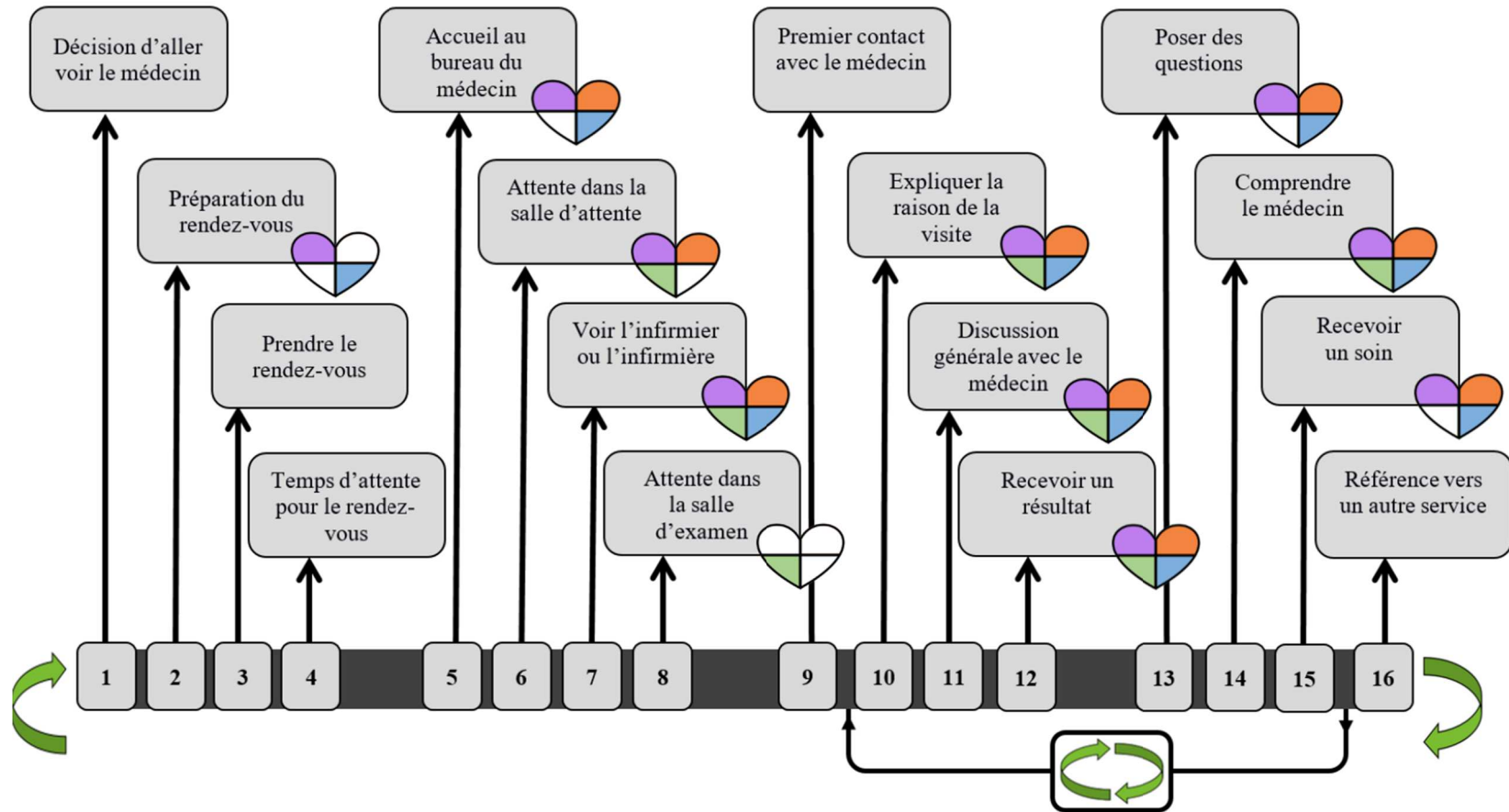
Afin de représenter la présence des thèmes émotionnels vécus par les participants en raison de la concordance et de la discordance linguistique lors de certains points critiques dans l'ensemble de l'expérience d'une visite chez le médecin de famille, nous avons créé le modèle conceptuel du « cœur » des émotions suivant (Figure 4.6.1). Le cœur représente les émotions des participants, qui sont divisés en quatre quadrants selon les 4 grands thèmes émotionnels que nous avons identifiés, bien sûr toujours selon la dimension de la concordance et de la discordance linguistique.

**Figure 4.6.1** Modèle conceptuel du « cœur » des émotions des participants



Enfin, nous reprenons l'ensemble de l'expérience d'une visite chez le médecin de famille pour des francophones de 35 ans et plus, résidents du nord de l'Ontario, et nous annotons tous les points critiques où il y a présence de concordance et de discordance linguistique avec le modèle conceptuel du « cœur ». Chaque quadrant du cœur coloré représente la ou les catégories d'émotions qu'ont été ressenties en raison de concordance et de discordance linguistique. (Voir à la page suivante la Figure 4.6.2).

**Figure 4.6.2 L'expérience d'une visite chez le médecin de famille pour des francophones de 35 ans et plus, résidents du nord de l'Ontario, et le vécu émotionnel des participants selon la dimension de la concordance et de la discordance linguistique**





## Chapitre 5 DISCUSSION

L'amélioration de l'expérience des patients (en impliquant les patients dans le processus de recherche) lors de l'utilisation de services de santé est un des moyens les plus efficaces d'améliorer l'offre de services de santé pour la population (Greenfield et coll., 1985; Bate et Robert, 2007) et les impacts d'une expérience positive sont nombreux autant pour le patient que pour les organisations qui desservent les services (OneView, 2016; Browne et coll., 2010; Anhang Price et coll., 2014; NRC Health, 2017). Une revue systématique de la littérature par Doyle et coll. (2013) sur les liens entre l'expérience du patient et les services de santé, incluant des services de santé de première ligne, les auteurs concluent que l'expérience du patient est « [...] associée de manière consistante et positive avec la sécurité du patient, et l'efficacité du service clinique [*clinical effectiveness*] dans l'étude de plusieurs problèmes de santé, de types et d'environnement d'étude, de groupes de populations et de mesures de la santé » [traduction libre] (Doyle et coll., 2013), p. 1).

Au Canada, l'offre de services de santé de médecine familiale est nécessaire à la santé des populations (CMFC, 2005; gouvernement du Canada, 2012a), surtout pour les populations francophones en situation de minorité linguistique et qui sont en moins bonne santé que la population en générale (Bouchard et coll., 2012a; Qualité des services de santé Ontario, 2017). À l'amorce de cette étude, la revue de littérature de Bowen (2015) nous informe des effets des barrières linguistiques sur l'utilisation du système de santé chez des populations qui ne parle pas la même langue que leur médecin de famille. Ces effets des barrières soulignent l'existence de plusieurs situations d'utilisation de services de santé qui ne favoriseraient pas nécessairement la santé et l'engagement des patients envers leur santé (Wisnivesky et coll., 2012) ainsi, depuis longtemps, on désigne la nécessité d'avoir les services en français pour la population francophone

en Ontario (Qualité des services de santé Ontario, 2017), soit un travail qui grandit tellement en importance qui détient un poids législatif dans la province.

Sachant que les francophones en situation de minorité linguistique doivent faire face en grande majorité à un médecin de famille qui ne parle pas le français (Bouchard et coll., 2012a; Timony et coll., 2013) et que la barrière linguistique rejoint le statut d'un déterminant de la santé (Bouchard et Desmeules, 2013) il a été nécessaire de saisir et comprendre l'expérience de francophones qui sont résidents du nord de l'Ontario lors d'une visite chez leurs médecins de famille pour y découvrir la présence des effets des barrières de la langue sur l'expérience de soins de santé de première ligne. Pour le patient francophone, une expérience qui n'est pas en français, laisse le patient dans l'inconfort, l'inaccessibilité, l'insécurité et avec des sentiments d'inaptitude personnelle qui remontent même jusqu'à l'évitement du service (de Moissac et Bowen, 2017). Ainsi, l'expérience du patient est intimement liée aux moments de communication avec le médecin de famille (CRMCC, 2015), mais sans oublier que l'expérience d'une visite chez son médecin de famille dépasse aussi le temps vécu en présence de son médecin (IBHP, 2017). Bien que cela ouvre grand l'espace des actions possibles pour l'amélioration de l'expérience, tout en renforçant le soutien des initiatives qui sont déjà établies pour la qualité des services telle l'offre active du service en français, un travail de recherche reste à faire pour offrir la meilleure expérience de santé aux francophones qui ont besoin de services de santé de première ligne (Bouchard et coll., 2014; Qualité des services de santé Ontario, 2017). Ici, précisons que l'emploi du terme « patient » est inclusif des patients de tous genres et ne fait que simplifier la lecture de la discussion.

## 5.1 L'expérience d'une visite chez le médecin de famille: une expérience qui surpasse le rapport avec le médecin de famille – avant de voir le médecin

Dès les premiers moments de chaque groupe de discussions, nous avons rapidement constaté que l'expérience d'une visite chez le médecin de famille s'étend longuement au-delà le rapport unique avec le médecin de famille. Lorsque nous avons demandé aux participants: « Où commence pour vous votre visite chez le médecin de famille ? » tous ont raconté les hauts et les périples qui les préoccupent longtemps avant l'arrivée même au bureau de leur médecin. Depuis la décision d'aller voir le médecin, le patient caractérise déjà son expérience avec une gamme d'émotions qui vont rendre le temps passé avant de voir le médecin une partie intégrale de l'expérience de la visite chez le médecin de famille.

---

« [...] quand c'est compliqué [de prendre un rendez-vous] bien, toutes les excuses sont bonnes pour ne pas le faire [...] après alors ... les différentes contraintes d'horaire ou de logistique de disponibilité de certains services font en sorte que c'est là que ça commence. C'est pas juste quand t'arrives dans le bureau du médecin là, c'est tous qu'est ce que tu dois faire avant de te rendre là. » - P3, Femme. Groupe de discussion 6, Timmins. Médecin de famille qui parle le français.

---

Suite à la préparation, la planification, la prise du rendez-vous et du temps d'attente pour le rendez-vous qui en suit, il faut aussi accorder toute l'attention dont le mérite l'expérience de l'accueil au bureau du médecin de famille. L'accueil au bureau du médecin de famille est un moment critique qui se démarque parmi les autres, car il possède le pouvoir d'influencer l'expérience de la suite du rendez-vous du patient. L'accueil, qui laisse une aire négative, prédispose le patient à vivre une expérience moins positive lors des prochains moments de sa visite.

---

« [...] j’pense que tsé t’arrives dans un bureau de médecin pis t’es déjà comme émotif ou inquiet, pis qu’la personne qui t’accueille est comme un ti-peu froide ou un peu sec, c’est comme [...] ça n’aide pas à te disposer à vivre ton rendez-vous là. » -P1, Femme. Groupe de discussion 6, Timmins. *Médecin de famille qui ne parle pas le français*.

---

En recherche, on reconnaît également que l’accueil est un moment important en ce qui concerne l’ensemble de l’expérience du patient lors d’une visite chez un professionnel de la santé (Pons, 2012; Agency for Healthcare Research and Quality, 2015). Le moment de l’accueil, dit Pons dans un article qui informe l’expérience d’un accueil confortable et positif pour le patient, est un moment qui impose aussi « le ton de la visite » [traduction libre] (2012, p. 29). Bien que cet article ne relève pas de l’expérience de l’accueil dans un bureau de médecin de famille (on parle plus tôt du contexte d’une visite dans une clinique spécialisée pour la vue), il faut dire que le patient francophone discute aussi de son expérience d’accueil chez le médecin de famille de manière relative au « ton de la visite » qui en suit. Simplement dit, le ton de l’accueil semble instaurer le ton émotionnel de la suite de l’expérience du patient.

Essentiellement, l’ensemble de l’expérience d’une visite chez son médecin de famille semble beaucoup plus positif quand le patient est bien reçu dès ses premiers pas dans l’aire de réception. Comme patient, on ressent être bien reçu lorsque le personnel à la réception nous lance amicalement un « Hello » ou un « Bonjour » ou encore un « Hello/Bonjour ». La salutation (mentionnons-le, soit en français, en anglais, ou dans les deux langues) est la source première de l’expérience plus positive pour le patient dès l’arrivée au bureau du médecin de famille.

En plus de la salutation, le contact humain lors de l'accueil est nécessaire pour le patient qui arrive dans la grande majorité du temps dans un état émotif qui passe de l'incertitude à la détresse. Ce contact humain suppose le sourire, l'empathie et la patience que démontre l'individu à la réception envers le patient. De plus, l'expression au visage et l'attitude de la personne à l'accueil ne passent pas dans l'ombre pour le patient. L'humanité, dans l'accueil, démontré autant au niveau de la communication verbale qu'au niveau de la communication non verbale, est essentielle pour le patient qui ne souhaite que de se sentir à l'aise et de se sentir le bienvenu avant de passer au défi de se faire comprendre et de comprendre le médecin de famille.

---

« Moi, j'peux pas parler des médecins derniers que j'ai eu là. Mais auparavant, le médecin que j'avais avant, le plus gros problème que j'ai eu c'était pas lui, c'était sa secrétaire avait pas de façons. [...]. Ouais, pis si en commençant, t'arrives pis la secrétaire a pas de façons, ohhh tu te demandes le médecin comment qui va être. » -P3, Femme. Groupe de discussion 4, Hearst. *Médecin de famille qui parle le français*

---

Ainsi, au-delà du « Hello » ou du « Bonjour » le patient souhaite ressentir un accueil authentique et empathique (peu importe la langue parlée à l'accueil) afin de mieux vivre la suite de son rendez-vous. Dans ses recommandations, Pons (2012) établi aussi qu'en plus de l'accueil amical qui fait preuve de patience, il est aussi nécessaire d'offrir un accueil qui fait preuve de bonne communication. Ici, nous souhaitons réitérer l'essentialité de la communication non verbale étant donné l'impact notable de l'expression au visage du personnel à l'accueil sur l'expérience du patient. Une expression au visage qui n'offre pas authentiquement la bienvenue est source d'émotions plus négatives pour le patient, et cette impression négative peut rester ancrée dans l'expérience du patient jusqu'à la fin du rendez-vous.

Comme on le constate, l'accueil au bureau du médecin de famille est une partie intégrale de l'expérience de la visite. En matière d'émotions pour le patient, le moment de l'accueil se distingue spécialement comme point critique depuis la similitude des expériences de participants qui expliquent l'importance de la salutation, de sourires, de l'empathie, de la patience et de la communication verbale et non verbale, peu importe la langue dans laquelle l'accueil ou le médecin de famille offre son service. Par ailleurs, on suppose aussi qu'un accueil humain et empathique est autant plus nécessaire quand le patient doit faire face à la « cage » dernière où se trouve la réception. Même si dans le discours du patient on rationalise les raisons de l'aménagement des comptoirs et des vitrines de la réception chez son médecin de famille, reste qu'il est possible de mal vivre de telles séparations physiques avec son service. Disons-le autrement, l'accueil n'est pas un point critique qui se distingue simplement en raison d'émotions vécues explicitement en raison de la concordance ou de la discordance linguistique. Ainsi, il est intéressant de constater que l'amélioration de l'expérience de la visite chez le médecin de famille n'est pas entièrement condamnée à l'offre du service en français lors de l'accueil au bureau du médecin. Pourtant, même si l'on peut offrir une expérience plus positive à un patient lors de l'accueil, peu importe la langue dans laquelle sont communiquées la bienvenue et l'empathie, cela n'excuse pas la nécessité de l'offre active du service en français pour l'amélioration de l'expérience du patient, car il existe toujours, pour le patient francophone, une préférence pour le service en français dans l'ensemble de l'expérience de la visite chez son médecin de famille.

### L'offre active du service en français: l'accueil au bureau du médecin

L'« offre active » est un concept impérial qui informe déjà les initiatives d'amélioration des services sociaux et de santé en français à travers le pays (Forgues et coll., 2011; de Moissac et coll., 2012), ainsi qu'en Ontario (Bouchard et coll., 2012b; RSSFE et AROSF, 2015). Pour plusieurs organisations publiques oeuvrant en matière de santé et de services sociaux en Ontario et au nord de l'Ontario, l'offre active est aussi essentielle en vertu de la loi (Ontario, 2017a; RMEFNO, 2017), et plusieurs acteurs discutent de son importance pour l'ensemble de l'expérience de services publics incluant les services de santé (Bouchard et coll., 2012b; CNFS, 2017; RMEFNO, 2017). Dans un milieu, l'offre active du service en français se réalise dans plusieurs formats de communications directs et non directs afin d'offrir à l'utilisateur un service en français équitable au service offert en anglais (Bouchard et coll., 2012b). Selon le commissariat aux services en français de l'Ontario:

« L'offre active suppose la proactivité des fournisseurs de services. Autrement dit, dans le cadre de la prestation de services gouvernementaux, le citoyen doit avoir un choix réel d'utiliser l'une ou l'autre des langues qui lui sont activement offerts. La première communication, que ce soit oralement ou par écrit, doit se faire en anglais et en français. Cela fait en sorte que les francophones sachent, dès le premier contact, qu'ils ont accès à un service en français [...] » (Commissariat aux services en français de l'Ontario, 2016).

Comme entendu, l'offre active du service en français est nécessaire dès la première communication, et l'offre active existe sous plusieurs formes de communication au cours de l'ensemble de l'expérience d'un service de santé (RMEFNO, 2017). En plus de la prise du rendez-

vous par téléphone, ce qui est un moment de « première communication » où l'offre active est nécessaire, une première communication survient de manière tout aussi importante lors de l'accueil physique du patient au bureau du médecin de famille. Considérons également la possibilité qu'une personne ait pris le rendez-vous pour une autre, tel le cas dans certains couples, dans plusieurs familles et pour un aidant naturel.

Ainsi, l'accueil au bureau du médecin est un « premier moment » clé dans l'expérience de la visite pour le patient. Tout comme nos partenaires, on se porte garant de l'essentialité de l'offre active du service en français dès l'accueil puisque « l'offre active » est aussi l'une des dimensions qui influencent les émotions des patients lors de l'expérience d'une visite chez leur médecin de famille. En tant que patient francophone, on est reconnaissant des mesures d'offre active chez notre médecin de famille. Quand l'offre active n'est pas effectuée de manière proactive lors de l'accueil, cela peut frustrer le patient, et le prédisposer à vivre une expérience plus négative même avant d'avoir trouvé son siège dans la salle d'attente.

---

« [...] ça me frustre aussi [...] puis c'est la réceptionniste/ garde malade qui est à la réception, elle sait que je suis francophone, elle sait que ma mère est francophone, mais a s'adresse toujours en anglais, c'est moi qui dois adresser en français pour demander quelque chose. » - P2, Femme. Groupe de discussion 1, Sudbury. Médecin de famille qui ne parle pas le français

---

La proactivité de l'offre active, dès l'accueil, suppose que c'est le pourvoyeur du service qui fait le premier pas et prend la responsabilité d'informer le patient de la disponibilité de services en français ET de demander au patient la langue de préférence dans laquelle il souhaite être servi. Ensuite, il est important pour le patient de trouver des indications en français qui expliquent de manière claire et précise les informations nécessaires à l'utilisation du service de santé de première



ligne (RMEFNO, 2017). La présence de divertissements et d'informations médicales en français dans les aires d'attente (et dans la salle d'examen médical) est aussi nécessaire pour l'expérience plus positive et plus sécurisante pour le patient francophone, et cela est surtout vrai advenant l'absence d'un service en français de la part du médecin de famille.

En tenant compte de ce qui précède, en sachant que le patient peut bien se faire accueillir avec humanité et avec bienvenue dans une autre langue, reste l'offre active du service en français, si bien entrepris de manière proactive telles les stratégies nommées par le RMEFNO (2017), améliore l'expérience du patient francophone chez son médecin de famille. De plus, quand arrive ensuite le temps de communiquer avec la réception afin de prendre un prochain rendez-vous, on remarque que dans l'absence du service en français, le patient peut éviter de s'engager davantage avec le service et éviter de communiquer ses besoins ou ses questions. Ce constat rejoint également les récentes conclusions de de Moissac et Bowen (2017) qui discutent des effets des barrières linguistique en santé et le comportement d'évitement des patient pour cette même population.

L'offre active du service en français est un moyen de remédier aux effets néfastes des barrières linguistiques sur la santé des patients francophones en situation linguistique minoritaire. L'offre active dès l'accueil atténue l'inconfort du patient qui doit demander un service en français. Faire connaître la disponibilité du service en français par l'offre active, et offrir un service en français dès l'accueil offre un surplus de confort, de sécurité et d'émotions positives envers l'accessibilité du service pour le patient.

Pour tout dire, en ce qui concerne l'accueil du patient francophone au bureau du médecin de famille, l'expérience du patient relève majoritairement de l'ensemble de communication verbale et non verbale qui est dirigé au patient. Aussi, il serait nécessaire alors pour l'amélioration de l'expérience du patient que ce dernier puisse être informé plaisamment du temps d'attente et de toute autre information nécessaire avant de voir le médecin, toujours bien sûr, sans se faire demander la raison de la visite et le tout bien préférablement en français. En somme, pour le patient francophone en situation de minorité linguistique, un accueil humain et empathique en plus de l'offre active du service en français rend une meilleure expérience à l'accueil tout en prédisposant le vécu d'une expérience plus positive pour le patient lors de la suite du rendez-vous.

## **5.2 L'expérience d'une visite chez le médecin de famille: une expérience qui surpasse le rapport avec le médecin de famille – après avoir vu le médecin**

Nous ne sommes pas les premiers à constater que l'expérience d'une visite chez le médecin comprend plusieurs moments critiques qui s'étendent sur une période qui précède et qui excède le temps passé en présence du médecin de famille, et cela depuis l'organisation de la logistique du rendez-vous, jusqu'aux temps d'attentes, sans compter tout autre événement qui mène à la fin du rendez-vous (IBHP, 2017). D'ailleurs, Integrated Behavioral Health Partners (2017) explique que « l'expérience du patient commence avec l'habileté d'avoir un rendez-vous quand il ou elle en a le besoin, et [l'expérience] continue jusqu'à l'achèvement de leur rendez-vous, et ultimement [jusqu'à la fin] de leur plan de soin à long terme » [traduction libre] (IBHP, 2017, p.1).

Ultimement, nous avons aussi été bien informés par les histoires des participants que l'expérience du patient, dans la perspective d'un plan de soin de santé à long terme, est un processus continu qui relève du travail d'une multitude de partenaires en matière d'offre de

services et de soins de santé (cela incluant les services offerts par les médecins de famille). Lors des discussions, les participants racontaient souvent l'expérience d'une visite chez leur médecin de famille en décrivant la maladie ou le vécu relatif à un problème de santé. Il semblait naturel pour les participants de décrire les événements et les émotions vécus relativement aux raisons d'une visite initiale chez leur médecin de famille pour ensuite décrire le processus (aussi rempli d'émotions) des suivis médicaux, et du rétablissement de leur santé. À cet effet, les participants ont signalé l'importance des services de spécialistes, des hôpitaux, des centres de santé, des pharmacies, des services des médecins professionnels de médecine douce (chiropraticiens, naturopathes) ainsi que des services de santé mentale pour leur santé et pour leur rétablissement. Dans cet ordre d'idées, le point de vue de l'expérience des patients démontre clairement l'interdisciplinarité perçue et vécue de l'ensemble des services de santé nécessaires au rétablissement, tout comme l'énonce Integrated Behavioral Health Partners (2017).

Par ailleurs, l'expérience interdisciplinaire et continue de soins de santé nécessaire au rétablissement met aussi en perspective l'expérience d'une visite chez son médecin de famille, cette dernière n'étant qu'en fait, une partie intégrale de l'expérience du patient en matière de rétablissement. Notre modèle de l'expérience de patient francophones (Figure 4.6.2) signale la continuité de l'expérience du patient à l'aide des flèches indicatives logées aux extrémités du continuum de la visite. Au-delà du continuum, ces flèches introduisent aussi la présence d'autres expériences avant le retour chez le médecin de famille. Ainsi, la Figure 4.6.2 laisse la place aux autres phénomènes et aux prochaines expériences du patient chez d'autres services professionnels de la santé avant le retour de l'expérience chez le médecin de famille. Chose à ne pas oublier, même si le patient n'a pas eu besoin d'autres services médicaux, les expériences (les émotions) de

tous les jours, incluant l'expérience physique et psychologique de son état de santé, vont savoir aussi alimenter l'expérience du retour chez son médecin de famille lors d'une prochaine visite.

En supposant ainsi la continuité de l'expérience de patient au-delà de l'expérience chez son médecin de famille, il faut aussi considérer l'interconnectivité des expériences des services de santé pour le patient et les influences de ces expériences les unes sur les autres, en plus des implications de ces interactions pour la santé du patient. Dans la chaîne des services de santé qui forment l'expérience du patient, serait-ce possible qu'un mauvais maillon (telle une mauvaise expérience chez son médecin de famille) ternisse l'expérience jusqu'au rétablissement du patient? Inversement, est-ce possible encore que l'amélioration de l'expérience du patient lors d'un service (telle l'expérience chez son médecin de famille) améliore l'ensemble de l'expérience de santé en plus des chances et du temps de rétablissement? Voilà d'autres pistes à explorer par la recherche.

Pour continuer, revenons au constat à petite échelle, on sait que l'accueil du patient porte un impact significatif sur l'ensemble de l'expérience chez le médecin de famille. Une expérience plus positive à l'accueil aide à mieux mieux vivre la suite du rendez-vous. À grande échelle du plan de santé à long terme et du rétablissement du patient, réalisons aussi que l'expérience d'une visite chez le médecin de famille est essentiellement la porte d'entrée et d'accueil où débute l'ensemble de l'expérience du service. C'est ainsi que l'expérience chez le médecin de famille, comme maillon d'accueil dans la chaîne des services de santé, détient en soi le potentiel d'aider à mieux vivre et d'améliorer l'ensemble de l'expérience du patient en matière du plan de santé à long terme et du rétablissement.

Par ailleurs, le retour continu du patient chez son médecin de famille lors de la navigation du système de santé désigne aussi l'expérience de la visite chez le médecin de famille en tant qu'expérience « de base » dans l'ensemble de l'expérience du patient. C'est dans ce sens que l'expérience de la visite chez le médecin de famille est en quelque sorte la constante ou le moment récurant lors de l'ensemble de l'expérience du patient, sur lequel peut compter le patient comme repère en matière de santé et de rétablissement. Ainsi, l'expérience de la visite chez le médecin de famille est non seulement une expérience qui détient le potentiel d'instaurer le « ton » de l'ensemble de l'expérience de santé, mais c'est aussi une expérience qui détient le potentiel de consolider, pour le patient, l'ensemble des maillons d'expériences de services de santé. Comme patient, c'est chez le médecin de famille que l'on souhaite regrouper l'ensemble de nos expériences de services de santé, afin d'établir un sens et une ligne directrice au plan de santé et de rétablissement.

Au Canada, c'est une affirmation par le Collège des médecins du Québec qui approfondit cette discussion. Nous remarquons que c'est la visite chez le médecin de famille qui détient le plus grand potentiel pour influencer l'expérience du patient en matière du plan de santé et du rétablissement, car c'est ici que le patient y vit l'accueil au service de santé et là où il regroupe l'ensemble de ces expériences de services de santé. Justement, on déclare « la mission première du médecin de famille est d'accepter la responsabilité du suivi à long terme des patients en première ligne (p. ex.: promotion de la santé, soins pour malaises aigus, suivi des maladies chroniques) » (2016, p. 9). La responsabilité du médecin de famille ou cette prise en charge de l'expérience du patient en matière de la navigation du plan de soin et du rétablissement est affirmée aussi dans l'énoncé suivant:

« Il [le médecin de famille] est le professionnel de la santé le plus apte à établir avec les patients, grâce au partage et à l'intégration des informations des autres membres de l'équipe de soins, une vision globale de leur état de santé, à coordonner leurs plans de soins et, si requis, à contribuer à les orienter dans le système de soins et de services de santé » (Collège des médecins du Québec, 2016, p. 9).

Même si le système de santé et de services sociaux du Québec diffère du système de santé ontarien, reste que l'importance du médecin de famille pour répondre aux besoins de santé des populations est un fait commun aux deux provinces voisines. Toujours, il est fort intéressant de noter la manière dont le document québécois s'aligne avec les constats qui démontrent la continuité de l'expérience du patient au-delà de la visite avec le médecin de famille, et l'importance du retour chez le médecin de famille afin de consolider l'expérience de soins de santé pour le rétablissement du patient. Par contre, il semble aussi hors mesure de supposer le médecin de famille entièrement responsable de l'ensemble de l'expérience du patient en matière du plan de santé à long terme et du rétablissement. Le patient est aussi un acteur qui sait prendre sa place et sait prendre en charge les mesures du plan de santé et de rétablissement. Toutefois, le rôle significatif du médecin de famille dans son travail n'est pas à manquer lors des considérations d'actions pour l'amélioration de l'expérience des patients francophones chez leur médecin de famille.

### 5.3 L'expérience d'une visite chez le médecin de famille: une expérience de communication

« L'élément le plus crucial pour l'expérience du patient [...] » relève possiblement des sentiments du patient envers l'efficacité de la communication du médecin envers eux » [traduction libre] – Integrated Behavioral Health Partners (2017, p. 1)

#### La communication verbale et non verbale: le premier contact avec le médecin

Autant qu'il est évident que l'expérience d'une visite chez le médecin de famille dépasse le temps passé exclusivement en présence du médecin de famille, reste que le cœur de l'expérience et la raison d'être du phénomène reposent sur le rapport distinct de communication entre le patient et le médecin.

---

« Oui, pis si ça commence mal, après ... c'est plus difficile. » -P4, Femme. Groupe de discussion 4, Hearst. Médecin de famille qui parle le français

---

Suite à l'attente pour voir le médecin, le patient se trouve face au moment du premier contact avec le médecin de famille. De manière très intéressante, le point critique du premier contact avec le médecin de famille ne se distingue pas dans la dimension de la concordance ou de la discordance linguistique. Encore une fois, il est intéressant de remarquer que les affects (les émotions) des participants lors du moment du premier contact avec le médecin tirent leur origine plus tôt dans la manière dont le médecin accueille son patient et non pas dans la langue dans laquelle le médecin accueille son patient, et encore une fois, ses émotions peuvent dicter le « ton » de la suite de l'interaction avec le médecin de famille et cela, peu importe la langue dans laquelle le service est offert.

Comme patient lors du premier contact avec le médecin de famille, on préfère un accueil personnalisé, soit que le médecin accueille le patient avec un bonjour, suivi du prénom du patient. Si le médecin s'assoit face à son patient et fait preuve d'ouverture dans son langage corporel, on améliore encore l'expérience de la visite pour le patient. La question d'ouverture du médecin est aussi importante et remarquée par le patient. Par exemple, la question qui est amicale et qui ne presse pas le patient du genre « A-t-il des changements dans votre vie? » laisse le patient dans une disposition émotionnelle beaucoup plus positive. Ainsi, dès le premier contact avec le médecin de famille, c'est la salutation, les éléments du ton de la voix et du langage corporel du médecin qui vont premièrement qualifier le processus de communication établi entre le patient et le médecin.

Heureusement, les habiletés de communication verbale et non verbale qui créent pour le patient une expérience plus positive n'échappent pas aux objectifs d'évaluation du Collège des Médecins de famille du Canada. Parmi les thèmes et comportements observés dans l'évaluation de compétence en la médecine familiale on signale comme problématique le médecin qui « omet de saluer/d'accueillir le patient » (CMFC, 2017a) et on encourage que le médecin « pose des questions ouvertes et fermées de façon appropriée » (CMFC, 2017a), « permet au patient de mieux raconter son histoire » (CMFC, 2017a), « s'assoit durant la rencontre avec le patient » (CMFC, 2017b) et « établit le contact visuel » avec le patient (CMFC, 2017b).

Ces habiletés de communication verbale et non verbale, comme on l'explique, ne relèvent pas nécessairement d'un rapport de concordance ou de discordance entre le patient et le médecin. Bien que l'on qualifie aussi l'ensemble du rapport de la communication par la dimension de la concordance et la discordance linguistique, à la base de toute communication, tout ce dont le patient



demande dès le premier contact, c'est une communication verbale et non verbale de la part du médecin qui se traduit d'une manière ou d'une autre pour dire au patient: « *Bonjour (prénom du patient). Sentez-vous à votre aise! Je ne suis pas pressé, racontez-moi la ou les raisons de votre visite aujourd'hui* ».

### L'offre active du service en français: le premier contact avec le médecin

---

« Alors euh, pour mon médecin de famille, je l'ai vu une fois. Et puis, euh on s'est adressé en anglais, alors je n'ai aucune idée, je ne lui ai pas demandé si y'était bilingue ou non, alors je ne peux pas parler pour lui. » -P3, Femme. Groupe de discussion 2, Sudbury. Médecin de famille qui ne parle pas le français

---

Suite à l'accueil, c'est lors du premier contact avec le médecin de famille où survient le dernier moment opportun pour poursuivre l'offre active du service en français avant de recevoir le service ou le soin médical. Dans Savard et coll. (2014) on récupère aussi les mots de Bouchard (2012, p.46) à cet effet « [...] L'offre de parler dans sa langue officielle de son choix doit précéder la demande de services » (p. 86). Le moment du premier contact avec le médecin de famille, et spécialement lors du premier contact à vie, est un moment grandement anticipé par le patient, et c'est aussi un moment rempli d'émotions et de vulnérabilités. C'est dès le premier contact avec le médecin de famille que le patient souhaite savoir si le médecin de famille peut offrir son service en français, mais bien souvent, ce n'est pas le patient qui va prendre les premiers pas pour demander si le médecin de famille parle français.

Bien que certains patients disent de ne plus être gênés avec l'âge de demander les services en français, il est très difficile pour d'autres de revendiquer leurs droits et leurs préférences en tant que francophone (Savard et coll., 2014; CNFS, 2017). S'exprimer dans une langue seconde, c'est

une tâche intimidante où remonte la peur (Savard et coll., 2014), surtout quand on vit la douleur et le stress de la maladie (Savard et coll., 2014; CNFS, 2017). De ce fait, mentionnons qu'en plus de répondre aux préférences linguistiques, l'offre active du service en français qui préambule le service en santé lui-même est aussi une mesure de sécurité, d'éthique et de qualité des services (CNFS, 2017) en plus d'une mesure d'accessibilité des services (Savard et coll., 2014) aux patients francophones. En bref, l'expérience d'un service de santé offert en français est beaucoup plus positive que l'expérience d'un service de santé qui n'est pas offert en français, même si l'on est bilingue.

#### Un mot sur le bilinguisme des patients franco-Ontariens

L'essentialité de l'offre active du service en français quant aux services de santé dans la province est souvent discutée en lien avec les effets sur la santé et la sécurité des patients chez leurs pourvoyeurs de soins. Par ailleurs, ce qui n'échappe pas à la pensée populaire serait le nombre de francophones en Ontario qui peuvent aussi parler en anglais ou qui disent qui peuvent aussi se débrouiller en anglais lors de l'utilisation du système de soins de santé dans la province. Bien que nous ne connaissons pas ce chiffre, la pensée populaire de l'abondance du bilinguisme chez la population minoritaire francophone et un élément qui pourrait faire remettre en question l'importance de l'offre active du service en français, spécialement lors du moment du premier contact avec le médecin de famille. Historiquement, n'oublions pas aussi que pour certains francophones en Ontario, grande était la fierté de certains qui pouvaient dire de pouvoir se débrouiller en anglais afin d'accéder à la culture et aux emplois « d'anglais », et pour certains francophones, il se peut que ces sentiments persistent aujourd'hui parmi les sentiments de la fierté francophone.

Toutefois, il faut aussi saisir la signification de la réalité du bilinguisme du patient francophone en considérant la qualité de la communication avec le médecin de famille. En terme de concordance ou de la discordance linguistique, le contexte nord-ontarien suppose qu'on pourrait considérer la présence de la concordance linguistique dans la mesure où le patient et le médecin de famille seraient tous les deux bilingues. Une relation de concordance linguistique parfaite réunirait alors le patient et le médecin de famille tous les deux dans leurs connaissances et leurs utilisations similaires du français et d'une autre langue (souvent l'anglais) lors du rendez-vous. Dans ce sens, la concordance linguistique lors d'une communication bilingue pourrait aussi créer une expérience plus positive pour le patient francophone. Ainsi, parler exclusivement de situations de concordance (de francophone à francophone) ou de discordance (de francophone à non-francophone) est peut-être irréaliste dans le contexte nord-ontarien où le bilinguisme occupe une grande place dans le savoir et le savoir-faire des individus, autant pour les patients que pour les médecins de famille.

À l'occasion, il est vrai que pour le patient francophone et bilingue ayant un médecin de famille francophone ou non francophone, on ne reconnaît pas avoir de problèmes ou de voir de différences dans le service qu'offre le médecin. Le cas échéant, on ne souhaite pas non plus sacrifier la qualité d'un service en anglais pour obtenir un service en français. Pourtant, il faudrait explorer davantage jusqu'à quel(s) moment(s) persiste l'indifférence du patient francophone bilingue en matière de la langue de service de santé de première ligne, et cela tout spécialement pour le patient affligé d'une maladie chronique. En recherche, c'est ici que l'on distingue la

préférence pour le service en français chez le patient francophone qui se dit bilingue, mais affaibli par la lourdeur émotionnelle de la maladie (RMEFNO, 2016).

---

« [...] m'semble que cherche moins mes mots [en français] puis ... ça sort plus naturellement que si on essaye de faire, même si on est parfaitement bilingue, parce que je me considère parfaitement bilingue, mais on dirait que quand ça vient au langage des émotions, hmm on cherche plus les mots quand on doit euh s'exprimer dans notre deuxième langue. » - P1, Femme. Groupe de discussion 5, Timmins. Médecin de famille qui ne parle pas le français

---

À mainte reprise, quand vient la question du service en santé de première ligne, il est clair par la recherche que même le francophone bilingue préfère le service en français, spécialement lors de situation émotive due à la maladie. Le fait d'être bilingue ou de pouvoir dialoguer dans les deux langues officielles avec son médecin de famille ne diminue pas l'importance de l'offre active et de la disponibilité du service de santé de première ligne dans la langue de préférence du patient.

En fin de compte, il faut toujours considérer qu'il serait possible d'offrir une expérience du service de première ligne plus positive pour le patient quand le médecin fait preuve de communication verbale et non verbale (en français ou en anglais) de manières telles qu'instruites par le Collège des médecins de famille du Canada (2017). Cependant, il reste pour le patient francophone et pour le patient francophone et bilingue, que l'amélioration de l'expérience du service de première ligne au moment du premier contact avec le médecin de famille (et spécialement lors du premier contact à vie) repose aussi directement sur les principes de l'offre

active (dimension de l'offre active) et de la disponibilité du service en français (dimension de la concordance linguistique).

---

« Moi, je suis beaucoup plus à l'aise si je peux m'exprimer en français, même si je parle un assez bon anglais là, je suis plus à l'aise quand que c'est quelque chose de personnel qui parle de ma santé puis de mon bien-être, je suis plus à l'aise en français. » -P2, Femme. Groupe de discussion 2, Sudbury. Médecin de famille qui parle le français

---

L'offre active et la disponibilité du service en français sont des mesures dont les efforts continus sont essentiels pour l'amélioration de l'expérience des patients chez leurs médecins de famille dans l'espoir de limiter les effets des barrières linguistiques qui heurtent la santé et le rétablissement des patients. Malgré le bilinguisme apparent des patients et des médecins de famille, il est crucial de ne pas supposer la langue de préférence du patient, surtout en matière de santé et de questions vitales. Par ailleurs, le patient francophone peut aussi se munir de la même stratégie et développer l'habitude et le confort à demander un service en français sans non plus supposer la langue de préférence du médecin de famille. Toutefois, quand le patient prend le courage de demander le service en français, il est recommandé que cette demande soit reçue de manière ouverte, humaine et avec empathie. Il faut comprendre que pour le patient francophone, la demande et le besoin du service en français dépasse le caprice et rejoint de manière très importante les questions vitales de la qualité du service et de la sécurité du patient en matière de santé et de rétablissement (CNFS, 2017).

#### L'expérience de la communication: le but de la communication du patient

Comme il est constaté à l'amorce de la recherche, le cœur de l'expérience de la visite chez le médecin de famille repose le rapport complexe de la communication entre le patient et le

médecin de famille. Lors de l'ensemble des moments critiques, suite au premier contact avec le médecin de famille, ce rapport de communication est aussi qualifié par la dimension de la concordance et de la discordance linguistique. Toutefois, avant de ce lancer dans cette discussion, discutons des rapprochements entre les principes de communication Feldman-Stewart (2005) et les dimensions de l'expérience à part la concordance et la discordance linguistique.

Dans un premier temps, la lentille du modèle de communication Feldman-Stewart (2005) illumine les buts de communication présents dans l'expérience des patients et comme l'explique Feldman-Stewart et coll. (2005) souvent un but de communication primaire se distingue. Dans le cas de l'expérience de la communication avec le médecin de famille un but primaire et commun à l'ensemble des participants est remarqué: pour le patient, le but de communication premier est de se faire comprendre et de comprendre le médecin.

Naturellement, d'autres buts de communication comme obtenir une référence vers un service spécialisé, ou recevoir des résultats de tests sont aussi des buts de communication révélés par les patients. Mais, reste que, peu importe la raison de la visite chez le médecin de famille, le but premier du patient est toujours de bien se faire comprendre et de bien comprendre le médecin. Dans cette ligne de pensée, remarquons également que les émotions des patients lors de la visite sont intimement liées aux sentiments qui surgissent lorsque le patient sent se rapprocher ou s'éloigner de l'atteinte de ses buts de communication. Quand le patient ressent arriver facilement à ses buts de communication, l'expérience de la visite est plus positive. À l'inverse, le plus loin le patient ressent s'éloigner de ses buts de communication, plus l'expérience devient négative.

Ce constat est très clair lors de l'examen du but de communication primaire dans l'expérience des patients, ce qui renforce que l'expérience d'une visite chez le médecin de famille soit une expérience de communication. Plus le patient anticipe se faire comprendre et comprendre le médecin (avant le rendez-vous) ET plus le patient arrive à se faire comprendre et plus il arrive à comprendre le médecin (pendant le rendez-vous) plus l'expérience est positive. Inversement, plus le patient anticipe ne pas pouvoir se faire comprendre et de ne pas pouvoir comprendre le médecin (avant le rendez-vous) ET plus le patient n'arrive pas à se faire comprendre et plus il n'arrive pas à comprendre le médecin (pendant le rendez-vous) plus l'expérience est négative.

Bien que ce constat nous rapproche encore une fois de la discussion des effets de la dimension de la concordance (qui facilite l'atteinte du but primaire de communication) et de la discordance linguistique (qui enfreint l'atteinte du but primaire de communication) sur l'expérience des patients, il faut aussi s'engager dans la compréhension d'autres principes et éléments de la communication (Feldman-Stewart et coll., 2005) qui ont été reconnus pareillement en tant que dimensions qui font effet sur l'expérience du patient lors de moments de communication avec le médecin de famille.

De prime abord, mentionnons que tout écart entre le but de communication du patient et le but de communication du médecin de famille peut introduire une expérience moins positive autant pour le patient que pour le médecin de famille (Feldman-Stewart et coll., 2005). Dans une perspective de soins de santé centrés sur le patient et l'amélioration de l'expérience du patient, on pourrait proposer alors de réaménager le but de communication du médecin de famille en fonction de celui du patient. Le but de communication du médecin de famille pourrait être le suivant: de

bien comprendre son patient et de bien se faire comprendre par son patient. Bien que cela puisse être un départ vers l'amélioration de l'expérience du patient lors des moments de communication avec le médecin de famille, faire une telle demande ne doit pas précéder un travail auprès des médecins de famille afin de saisir et comprendre leur expérience de communication avec leur patient dans les fonctions de leur travail.

Par ailleurs, même si l'on aligne les buts primaires de communications, reste toujours pour le patient la possibilité de vivre une expérience plus difficile à cause de la dimension de la prédisposition émotionnelle qu'impose la maladie sur le vécu (Feldman-Stewart et coll., 2005). De même, la prédisposition émotionnelle du médecin de famille avant l'arrivée au travail serait aussi à considérer dans l'étude de leur expérience de travail en sachant que les émotions sont un principe clé pour compréhension de la communication entre le pourvoyeur de soins primaire et son patient (Feldman-Stewart et coll., 2005; Bate et Robert, 2007).

Il est aussi connu que la particularité du langage médical dans un message offert au patient, ne facilite pas la communication entre les partis (Feldman-Stewart et coll., 2005). La lourdeur du langage médical est une dimension de l'expérience qui est aussi vécue difficilement par le patient, peu importe la langue dans laquelle le service est offert. Plus le jargon médical est présenté trop vite et de manière trop compliquée, plus il devient difficile de comprendre le médecin, et donc, plus on ressent s'éloigner du but de communication. Comme patient, on trouve que c'est plus facile de recevoir de l'information par écrit, en français et en anglais, afin de pallier les défis qu'impose la formalité du langage médical dans le but de comprendre et de se faire comprendre. Au-delà des aspects de la communication verbale, ajoutons que la qualité de la communication entre le patient



et le médecin de famille repose également sur toutes les habiletés de communication non verbale (Feldman-Stewart et coll., 2005) qui sont reflétées dans les dimensions de l'expérience qui relève de l'importance de la présence, la patience et l'ouverture envers le patient.

Cela dit, il est aussi intéressant de découvrir dans le modèle de Feldman-Stewart (2005) que qualité de la communication, tout comme la qualité de l'expérience des patients lors des moments en présence du médecin de famille, est influencée par les attributs personnels du locuteur incluant la personnalité et les caractéristiques telles que l'âge et le sexe (Feldman-Stewart et coll., 2005). Ensuite, bien que Feldman-Stewart et coll. (2005) ne discutent pas directement de l'importance de la familiarité (la connaissance du médecin depuis plusieurs temps) pour la communication, il reste qu'ils mentionnent l'importance des expériences antérieures qui aident à formuler les croyances, et disons même les attentes formelles envers le locuteur lors d'une prochaine communication et donc d'une prochaine expérience. De ce fait même, les croyances, ou l'ensemble des attentes envers son médecin de famille, formulés depuis des expériences antérieures, composent ce que l'on entend par la dimension de la familiarité avec son médecin de famille, soit une autre dimension aussi importante dans l'expérience de patients lors de moments de communication avec le médecin de famille. Plus la connaissance entre le patient et le médecin est de longue date, plus le patient sait à quoi s'attendre lors d'une visite chez son médecin.

#### Un mot sur les attentes du patient francophone chez son médecin de famille

Comme on l'explique, la connaissance de son médecin de famille, un phénomène formulé d'expériences antérieures, aide le patient à établir ses attentes envers le service qu'il va recevoir lors de la prochaine visite chez son pourvoyeur de soins de première ligne. Dans cette optique,

réalisons aussi qu'il est possible que le patient francophone possède des attentes plus ou moins élevées dans certaines situations, connaissant l'offre de service qu'il a reçue dans le passé. Dans cette étude, on découvre qu'en général, les attentes de patients francophones envers leur médecin de famille qui ne parle pas le français sont moins élevées que les attentes de patients francophones envers leur médecin de famille qui parle le français. Autrement dit, si le service offert est en français, il se peut que le patient francophone s'attende de recevoir un service de plus grande qualité en matière d'ouverture et d'empathie. Inversement, si le service n'est pas offert en français, il se peut que le patient francophone s'attende de recevoir un service plus froid avec un air de « business » plus tôt qu'un air chaleureux.

Ici, nous discutons des attentes des patients francophones pour inviter le lecteur de comprendre ici la distinction entre les concepts de la satisfaction et de l'expérience des patients, car nous avons déjà mentionné que les initiatives qui mesurent la satisfaction d'un service n'équivalent pas nécessairement aux travaux sur l'expérience des patients, et on fait toujours signe que certains auteurs manquent encore d'établir la distinction entre la satisfaction et l'expérience d'un service pour le patient (IBHP, 2017). Selon *l'Agency for Healthcare Research and Quality* aux États-Unis, la satisfaction est une réponse aux attentes du patient, et alors le degré de satisfaction du patient n'est qu'une mesure qui révèle si le service offert répond plus ou moins aux attentes du patient (AHRQ, 2017). Ainsi, de recevoir un service d'un « air de business » chez son médecin de famille qui ne parle pas le français pour le patient francophone, laisse peut-être ce dernier plus ou moins satisfait, car il s'attendait déjà à cette éventualité. De plus, ne pas éclaircir les attentes des patients avant l'implication d'une mesure de satisfaction, laisse plus de questions pour l'interprétation et la précision des résultats pour le milieu de recherche.

Par ailleurs, *l'Agency for Healthcare Research and Quality* éclaire que l'étude de l'expérience des patients relève surtout de la détection de ce qui se passe ou de ce qui devrait se passer lors de l'utilisation d'un service de santé (AHRQ, 2017). Ainsi, saisir et comprendre l'expérience de patients permet l'action centrée sur le vécu direct du patient, plus tôt que l'action centrée sur attentes des patients (souvent dérivé des expériences de communication antérieures). C'est dans ce sens que pour Bate et Robert (2007), la distinction entre les travaux sur la satisfaction et les travaux sur l'expérience existe surtout dans le potentiel des actions pour l'amélioration d'un service: un constat que l'on explore manière intime avec les principes de communication entre le patient et le médecin de famille dans le contexte de soins de santé de première ligne.

Pour y revenir, les principes et les éléments du modèle de communication de Feldman-Stewart (2005) semblent informer de manière juste et continue la qualité de l'expérience du patient lors de moments de communication avec le médecin de famille. Les principes de communication verbaux et non verbaux en plus des attributs personnels du médecin et les croyances de patients sont des dimensions qui influencent l'expérience du patient qui cherche à se faire comprendre et à comprendre son médecin de famille. À cela, ajoutons aussi l'importance de l'environnement physique dans lequel se déroule la communication (Feldman-Stewart et coll., 2005), soit une autre dimension (par exemple la grosseur de la salle, l'espace privé qui est approprié au service offert et aux besoins des patients) qui caractérise l'expérience d'une visite chez le médecin de famille.

Tout bien considéré, la proximité des principes fondamentaux de communication entre le patient et le médecin de Feldman-Stewart (2005) et des dimensions qui agissent sur les émotions des patients lors de l'expérience d'une visite chez le médecin de famille, renforce le constat

premier que « l'élément le plus crucial pour l'expérience du patient [...] » relève possiblement des sentiments du patient envers l'efficacité de la communication du médecin envers eux » [traduction libre] – Integrated Behavioral Health Partners (2017, p. 1). Depuis cet énoncé, on suppose alors que pour l'amélioration de l'expérience de patients francophones en Ontario, il serait aussi utile d'entreprendre des actions depuis les éléments qui favorisent la communication selon Feldman-Stewart et coll. (2005).

En ajout, renforçons encore la justesse de cet énoncé: l'expérience du patient relève « des sentiments du patient envers l'efficacité de la communication du médecin ». Déjà, nous détenons la compréhension que l'expérience du patient est régie par les émotions (les sentiments) (Bate et Robert, 2007), et que le monde émotionnel un des éléments qui informent la manière dont les patient et les médecins formulent leurs buts et la manière dont chacun participe dans la communication (Feldman-Stewart et coll., 2005). Une approche centrée sur le patient nous dit alors que plus le médecin communique de manière efficace avec son patient: plus le médecin cherche à bien comprendre le patient et plus il tient à se faire comprendre par le patient, plus l'expérience du patient est positive. Plus le patient ressent qu'il se fait comprendre et qu'il comprend le médecin, plus l'expérience du patient lors d'une visite chez son médecin de famille est positive.

Réalisons toujours pour le patient que les sentiments de rapprochement ou les sentiments d'écart de l'atteinte des buts de communication sont régis par plusieurs principes de communication qui rejoignent aussi des dimensions de l'expérience. À cet effet, l'amélioration de la qualité de la communication ainsi que la convergence des buts de communication des patients, des médecins de famille et du personnel de soutien administratif et médical, seraient des efforts

remarquables vers l'amélioration de l'expérience du patient francophone chez le médecin de famille.

Malgré tout, il est simplement incontournable que la situation de concordance linguistique avec le médecin de famille favorise plus naturellement l'atteinte du but de communication du patient, et favorise ainsi l'expérience du patient. Dans une situation de concordance linguistique, plus le patient anticipe de se faire comprendre et de comprendre le médecin (avant le rendez-vous) ET plus le patient arrive à se faire comprendre et arrive à comprendre le médecin (pendant le rendez-vous), et plus l'expérience est positive. Ainsi, c'est dans ce rapprochement du but de communication où le patient règne dans le confort, la sécurité, la facilité et les sentiments envers l'habileté personnelle d'arriver à comprendre et à se faire comprendre.

Inversement, dans une situation de discordance linguistique, plus le patient anticipe de ne pas pouvoir se faire comprendre et ne pas pouvoir comprendre le médecin (avant le rendez-vous) ET plus le patient n'arrive pas à se faire comprendre et n'arrive pas à comprendre le médecin (pendant le rendez-vous) plus l'expérience est négative. Ainsi, c'est dans cet éloignement du but de communication où le patient baigne dans l'inconfort, l'insécurité, la difficulté et les sentiments envers l'inaptitude personnelle d'arriver à comprendre et à se faire comprendre.

#### L'expérience du confort et de l'inconfort

L'anticipation de la communication en français, et la présence d'un échange de communication en français laissent le patient avec une expérience positive de confort. Simplement,

comme patient francophone, avec un médecin de famille francophone, on est plus confortable, et on explique vivre son rendez-vous avec une plus grande aise.

Pour le patient francophone avec un médecin de famille qui ne parle pas le français, on explique vivre plusieurs émotions négatives qui sont source d'inconfort émotionnel, mais qui renforcent aussi l'inconfort physiologique. Le maintien de la colère, de la frustration, du stress, ou de la panique au cours de l'expérience du rendez-vous, ne favorise pas nécessairement l'état de santé immédiat des patients. Depuis l'inconfort, il pourrait en dériver des coûts supplémentaires pour les services de santé de première ligne, spécialement quand le médecin de famille doit passer plus de temps à refaire des actions médicales, comme reprendre la pression artérielle à plusieurs reprises à cause de l'énervement du patient francophone qui ressent le stress de ne pas pouvoir parler en français avec son médecin.

---

« Parce que y'a un autre chose aussi, quand tu vas voir un médecin puis que ce n'est pas dans tes termes puis dans ton langage, on dirait que ça fait monter la pression ça. Tsé? Pas de temps que t'es fâché! (Groupe: Uh humm) Mais de temps que t'es inquiet, le cœur débat plus vite, ta pression est plus haute. Même une fois, le médecin il a dit: « Tu reviendras voir ton médecin, pis euh ton infirmière à va te reprendre la pression plus tard » -P4, Femme. Groupe de discussion 1, Sudbury. Médecin de famille qui ne parle pas le français

---

En santé, le confort du patient occupe une grande place devant l'offre de services de qualité qui sont centrés sur le patient. En recherche, le confort du patient a souvent été associé au degré de satisfaction des patients envers les services médicaux. Même si nous avons déjà établi les différences théoriques et pratiques entre la satisfaction du patient et l'expérience du patient, nous trouvons qu'il est quand même important de souligner l'évolution de la pensée critique qui remarque que le confort du patient est un élément essentiel dans l'offre d'un service de santé,

autant pour la satisfaction (Jenkinson et coll., 2002a; Quintana et coll., 2006) du service que pour l'expérience du patient.

Lors d'une étude sur la satisfaction de patients envers les services de santé offerts dans un milieu hospitalier, Jenkinson et coll. (2002a) dévoilent que les plus grands déterminants associés à la satisfaction des patients sont le confort physique, le soutien émotionnel et le respect des préférences du patient. Par ailleurs, soulignons que le confort du patient est l'une des dimensions d'un outil validé qui sert à l'évaluation de la satisfaction du patient, toujours dans le cadre de service hospitalier (Quintana et coll., 2006). Mentionnons que Jenkinson et coll. (2002a) élaborent aussi des conclusions stipulant le besoin de données sur l'expérience des patients en plus des données sur la satisfaction des patients en avançant que les données sur l'expérience du patient seraient potentiellement « [...] plus utiles pour l'évaluation de la performance de plusieurs départements hospitaliers [ce qui] pourrait indiquer de quelle manière l'offre de services de santé pourrait s'améliorer » [traduction libre] (Jenkinson et coll., 2002a, p. 338).

Les expériences des patients francophones chez leurs médecins de famille démontrent de manière claire et précise la présence de confort en situation de concordance linguistique et de l'absence de confort en situation de discordance linguistique. En revenant à l'importance de la dimension du confort du patient dans le domaine de la santé de première ligne, mentionnons que tout récemment en Alberta, on accorde un prix d'excellence pour l'amélioration de l'expérience des patients à une initiative d'engagement pour le confort des enfants qui font expériences de douleurs en contexte hospitalier (Health Quality Council of Alberta, 2017). Par ailleurs, l'attention à la dimension du confort n'échappe pas non plus au Collège des médecins de famille du Canada

qui compte dans les habiletés de communication avec le patient, l'habileté de communication verbale permettant de « [...] s'assurer une bonne communication et s'assurer que le patient est à l'aise » (2017). Précisons que lorsqu'on tire cette dernière citation du site anglais, on utilise l'expression « patient comfort » pour désigner l'aise du patient.

En bref, l'aise et le confort, tous deux sont des émotions que nous avons regroupées sous le grand thème émotionnel du confort, sans oublier que surtout quand il est question de santé, nous devons parler à la fois du confort physique et émotionnel des patients. Souvent, lorsqu'on décide d'aller voir notre médecin de famille, c'est en raison de l'inconfort physique et émotionnel que l'on vit dans notre corps humain, en raison de la maladie ou d'autre trouble de santé encore inconnu. Puisque dans sa nature, la santé n'est pas vécue de manière neutre au niveau des émotions, il est tout aussi possible que le patient vit aussi de l'inconfort émotionnel tout au long de l'expérience de son rendez-vous à cause de l'inconfort vécu dans le corps physique.

Dans le contexte de médecine familiale, remarquons aussi que le médecin n'a pas nécessairement tous les moyens à sa disposition pour soulager l'immédiat de l'inconfort de physique du patient. Heureusement, un grand savoir-faire existe parmi les habiletés du médecin de famille qui sait offrir un soulagement émotionnel à son patient grâce à une communication soucieuse du confort du patient (CMFC, 2017c). Autant dans un cas de concordance ou de discordance linguistique, l'inconfort d'un patient devrait être adressé par le médecin de famille. Bien que le confort émotionnel des patients francophones semble exister de manière naturelle en présence d'un médecin qui parle le français, il est fortement encouragé, surtout dans des situations de discordance linguistique, que le médecin de famille soit soucieux du confort de son patient



francophone toujours en étant garant des effets des barrières linguistiques sur l'inconfort et la santé du patient en plus de l'efficacité du service de santé rendu au patient (Bowen, 2015).

### L'expérience de l'accessibilité et de l'inaccessibilité

L'accessibilité du service de santé de première ligne est essentielle à la santé des populations canadiennes (CMFC, 2004) et depuis longtemps on discute de l'importance de l'accessibilité des services en français de première ligne pour les francophones (SSF, 2006). Si l'on ne peut pas accéder à la porte d'entrée du système de santé, il est clair que la santé d'un individu peut souffrir. Toutefois, rappelons-nous qu'une grande majorité de la population en Ontario possède déjà un médecin de famille (Bouchard et coll., 2012a) et utilise les services de santé de première ligne qui sont à leur disposition. Par contre, les médecins de famille pouvant offrir des services de santé en français ne se retrouvent pas nécessairement dans les communautés fortement francophones (Timony et coll., 2013) (à l'exception de la région de Hearst) et grandes sont les proportions de francophones en situation linguistique minoritaire qui n'ont pas un médecin de famille qui parle français (Bouchard et coll., 2012a).

D'un côté, il n'est pas contestable que les francophones en Ontario aient bien accès et ils utilisent les services de santé primaire qui sont à leur disposition. Toutefois, il faut réaliser à présent qu'au-delà de l'accessibilité physique au service, il est tout aussi important pour le patient francophone en situation linguistique minoritaire de ressentir l'accessibilité au service de santé au niveau des affects et de l'expérience du service.

Quand le médecin de famille parle le français, le patient ressent la facilité de l'accès au service de santé et quand le médecin de famille ne parle pas le français, le patient ressent le défi du travail d'accès du service, et cela tout au long du rendez-vous. Même quand le patient francophone est engagé dans la communication directe avec le médecin de famille dans une situation de discordance, les sentiments de difficultés en matière d'accessibilité persistent. En bref, pour le patient francophone, il est tout beau d'avoir un médecin de famille et d'y accéder au sens physique, mais cela n'équivaut pas de dire que le service serait « accessible » au sens de l'expérience du patient. Tout simplement, la présence de la communication en français entre le patient et le médecin de famille rend le service de première ligne accessible du point de vue de l'expérience du patient, et laisse le patient avec une expérience positive.

Parlant de l'accessibilité et de l'offre de services en français, en temps futurs, il sera aussi intéressant d'intégrer à cette discussion les propos de l'ouvrage collectif et multidisciplinaire « *Accessibilité et offre active: Santé et services sociaux en contexte linguistique minoritaire* » rédigé par Marie Drolet, Pier Bouchard et Jacinthe Savard, un ouvrage qui paru également en fin de l'année 2017. Malgré l'attente de la lecture de l'œuvre, il est important de songer dès maintenant au phénomène de l'expérience de l'inaccessibilité du service telle que vécue par des francophones chez leurs médecins de famille qui ne parlent pas le français. Même si le patient possède l'accès physique au service, la présence des barrières linguistiques rend difficile l'accessibilité du service en matière de l'expérience du patient.

### L'expérience de la sécurité et de l'insécurité

Le thème émotionnel de la sécurité et de l'insécurité des patients francophones chez leurs médecins de famille mérite aussi une discussion particulière en considérant l'importance de la sécurité de patient dans tous domaines de la santé. La sécurité du patient est une priorité d'action en santé établie dans plusieurs programmes et projets de recherche à travers le monde (OMS, 2017). Au Canada, l'Institut canadien pour la sécurité des patients diffuse de l'information destinée à tous les auditoires afin d'améliorer la qualité des services et la sécurité de patients à la grandeur du pays (ICSP, 2017). Portant souvent sur des questions de pratiques médicales sanitaires et de techniques d'évitement d'erreurs médicales, on trouve qu'en contexte de médecine familiale les enfreintes à la sécurité du patient relèvent majoritairement des « diagnostics ambigus ou tardifs et de la gestion des médicaments » [traduction libre] (Kingston-Riechers et coll., 2010, p.7). Selon ces auteurs, ces grands thèmes sont le plus souvent influencés par « la communication, les processus administratifs et les connaissances/compétences des prestataires de soins participant au traitement ou aux consultations » [traduction libre] (Kingston-Riechers et coll., 2010, p. 7). Du point de vue de l'expérience des patients francophones en situation linguistique minoritaire, ce sont pareillement les barrières linguistiques dans la communication et le manque d'offre active dans les processus administratifs qui enfreignent la sécurité des patients.

Considérons également que la sécurité du patient existe dans le sens des pratiques médicales qui servent à la conservation de la santé, et aussi dans le sens de l'expérience du patient, c'est à dire, dans le sens du sentiment de sécurité du patient. Même si le médecin de famille agit de manière précise pour assurer la sécurité du patient, il se peut que le patient manque toujours de se sentir en sécurité, et cela spécialement en présence de barrières linguistiques. Pour le patient

francophone, il est troublant de ne pas se sentir à sa place et de ressentir que son pourvoyeur de soins de santé primaire le victimise presque par le manque de communication en français. Sachant

---

« On se sent pas partie prenante [...] c'est pas victime, mais ... pas loin. [...] tu te sens pas sur un pied d'égalité avec ton médecin, c'est toujours l'infériorité je trouve (Groupe: Uh humm). » -P2, Femme. Groupe de discussion 1, Sudbury. Médecin de famille qui ne parle pas le français

---

que la sécurité du patient en contexte de médecine familiale est influencée majoritairement par la communication entre patient et médecin, il n'est pas surprenant alors que l'insécurité des patients francophones surgit comme thème émotionnel lorsque la communication avec le médecin de famille s'avère difficile lors de situations de discordance linguistique.

Notons aussi que l'expérience d'insécurité des patients francophones vécus lors d'une visite chez leur médecin de famille concorde avec la synthèse des informations sur les effets des barrières linguistiques en matière de la sécurité du patient et de la qualité des services de santé (Bowen, 2015). La sécurité du patient a toujours été un des concepts fondateurs en matière de la qualité de services de santé offerts aux patients (Doyle et coll., 2013). Dans les dernières années, on reconnaît aussi depuis une revue systématique d'études sur l'expérience des patients que la subjectivité dans l'expérience du patient est aussi un principe fondateur en matière de la qualité de services de santé offerts aux patients, et cela même en milieu de services de santé de première ligne (Doyle et coll., 2013). Par ailleurs, on découvre aussi aux États-Unis que ce sont des instances de services de santé qui rapportent une meilleure expérience des patients, qui rapportent également les taux plus élevés de sécurité des patients et de performance financière (Lee, 2017).

Il est donc de toute pertinence de continuer les discussions sur la sécurité du patient relative à l'expérience du patient en sachant que la sécurité du patient, tant subjective qu'objective en contexte de médecine familiale, repose grandement sur le rapport de communication du patient avec le médecin de famille (Kingston-Riechers et coll., 2010). D'une même voix, on entend l'écho que le rapport de communication en français avec son service de santé revient aux questions de sécurité, d'éthique ainsi que de droits et d'équité (CNFS, 2017). Tout pour dire que l'amélioration du rapport de communication entre le patient et le médecin de famille par la concordance linguistique est un coup sûr pour renforcer les sentiments de sécurité des patients, un concept central à toute offre de services de santé.

#### L'expérience de l'aptitude et de l'inaptitude

Tout comme les autres thèmes émotionnels, l'expérience de l'aptitude et de l'inaptitude de patients francophones chez leurs médecins de famille relève des effets de la communication entre le patient et le médecin. Par contre, réalisons aussi que l'expérience de l'aptitude ou de l'inaptitude renvoie aussi aux comportements des patients qui sont plus ou moins capables d'arriver à leur but de communication primaire. Pour le patient en situation de concordance linguistique, les sentiments de confiance des habiletés personnelles vont de mains à mains avec le fait de se faire comprendre et de comprendre le médecin de famille. En revanche, pour le patient francophone se retrouvant en situation de discordance linguistique, les sentiments d'inaptitude personnelle créent deux scénarios qui ne favorisent ni l'expérience ni la santé du patient. Dans le premier scénario, face à son inaptitude, le patient redouble le travail nécessaire et les efforts afin d'arriver à se faire comprendre et de comprendre le médecin. Dans le deuxième scénario, le patient décrit d'avoir des comportements qui l'éloigne de son service de santé en raison de sentiments d'incapacité et

d'incertitude de ne pas pouvoir se faire comprendre et de ne pas comprendre le médecin. Dans une telle situation pour le patient, le désir de se retirer de la situation règne au-delà du désir de régler le problème de santé. Pareillement dans de Moissac et Bowen (2017), on note l'évitement des patients francophones face aux barrières linguistiques lors de l'utilisation de services de santé.

Les sentiments d'inaptitude des patients en raison des barrières linguistiques avec le médecin de famille sont inquiétants pour la santé des patients et pour le fonctionnement du système de santé de première ligne, car sans la confiance des patients, même un service de qualité perd sa valeur et son sens. Lorsque le patient souhaite éviter son service de santé, ou omettre de donner des renseignements à son médecin de famille par peur du ridicule et pour s'en aller plus vite, les problèmes de santé sont mis de l'arrière et le service de santé de première ligne manque de savoir répondre en temps opportuns aux vrais besoins de santé des patients francophones.

Ainsi, la vigilance de tous les acteurs face aux effets des barrières linguistiques est nécessaire afin d'améliorer l'expérience de patient francophone en situation linguistique minoritaire en ce qui concerne le confort, la sécurité, l'accessibilité et les sentiments d'aptitude personnelle. Sachant que la concordance linguistique entre le patient et le médecin de famille promeut l'expérience positive, la communication efficace et sécuritaire, sachant aussi que la communication avec le patient est un des l'outil principal du médecin de famille (CMFC, 2017c) et que depuis plusieurs années on connaît que la communication efficace corrèle à l'amélioration de l'état de santé de patients (Stewart, 1995), il ne reste plus de doutes quant à la nécessité du service de santé de première ligne en français pour la population francophone en Ontario.

## LIMITES DE LA RECHERCHE

Limite 1: Le nombre de participants: les participants (n=29) de cette étude ne sont pas nécessairement représentatifs de l'ensemble de la population francophone en situation de minorité linguistique au nord de l'Ontario, et la composition pourrait susciter des discussions sur la généralisation et la transférabilité des résultats. L'échantillon comprend aussi plus de femmes (n=23) que d'hommes (n=6). Comme dans le cas de plusieurs autres études qualitatives, le nombre de participants à la recherche, et une égalité devant les genres, tendent à soulever les discussions sur la signification des résultats pour le domaine de la recherche et des discussions sur la généralisation des résultats de recherche pour l'ensemble d'une population ou de plusieurs populations. Heureusement, le choix de l'approche d'Experience Based Design dévoile que même l'expérience d'une personne détient le potentiel de générer des actions et des changements de grandeurs systémiques (NHS Institute (2009a) qui peut améliorer l'expérience de services dans plusieurs milieux.

Aussi, dans le cas de cette étude, grand est l'ensemble des études qui concernent les barrières linguistiques et la santé des populations en situation linguistique minoritaires, à travers le monde et au Canada (Bowen, 2015; de Moissac et Bowen, 2017). La similitude des résultats d'autres études en contextes variés aux résultats de cette étude nous informe du rapprochement d'une certaine saturation des données. Bowen (2015) conclut aussi qu'une généralisation des résultats de recherche sur les barrières linguistiques est aussi pertinente au contexte canadien. Alors, même si notre échantillon s'avère plus petit, reste grand le potentiel de l'impact de nos résultats pour le futur de la recherche en santé sur l'expérience des patients et pour le futur de la

recherche sur les barrières linguistiques qui affligent les communautés en situation de minorité linguistique à travers le monde.

Limite 2: Le besoin d'intégrer l'expérience des médecins de famille, ainsi que l'expérience du personnel de soutien administratif et médical (le cas échéant) avant les actions vers l'amélioration des services de santé de première ligne offerts aux francophones en situation linguistique minoritaire: L'expérience de la visite chez le médecin de famille, n'est pas un phénomène qui se vit seul et ne peut être qu'apprécié dans son ensemble. La nature d'un service implique qu'il soit offert et qu'il soit reçu. Bien qu'il soit vrai que les expériences des patients pourraient informer les actions pour l'amélioration de l'expérience de la visite chez le médecin de famille, il ne faut pas faire faute d'agir sans connaître l'expérience des autres acteurs. D'ailleurs, on reconnaît pour le pourvoyeur d'un service, il se peut que les points critiques d'une expérience diffèrent de ceux des utilisateurs d'un service (Bate et Robert, 2007). Aussi, on imagine que pour le médecin de famille, comme pour le patient, l'expérience de travail s'étend au-delà des interactions directes avec le patient et que cette expérience rejoint aussi les interactions avec d'autres professionnels de la santé qui sont aussi engagés dans l'ensemble de l'expérience du patient en matière du plan de santé à long terme et du rétablissement.

Au Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du Nord, les recherches de Timony et Gauthier ont déjà recueilli à cet effet l'expérience de médecins de famille et l'expérience du personnel de soutien administratif et médical dans leur milieu de travail dans le Nord de la province. L'étude conjointe des résultats de cette thèse avec les données de Timony et Gauthier



est donc nécessaire avant de proposer des améliorations aux services de santé de première ligne dans la province afin d'offrir une expérience meilleure pour tous.

Limite 3: L'étude des autres thèmes émotionnels dans les autres dimensions de l'expérience: En connaissant l'expérience de patients francophones lors d'une visite chez leur médecin de famille, et l'impact des barrières linguistique sur la santé des patients (Bowen, 2015), il fut intéressant de conduire une analyse thématique sur la dimension de la concordance et de discordance linguistique, ce qui a permis la représentation graphique et l'expérience du patient chez son médecin de famille. Toutefois, la dimension de la concordance et de discordance linguistique n'est qu'une parmi plusieurs autres qui influence l'expérience du patient chez son médecin de famille.

Bien que les émotions d'une dimension à une autre ont été isolées dans l'analyse, il est important de considérer l'interaction des dimensions les unes avec les autres lors de l'ensemble de l'expérience. Par exemple, les émotions face à la disponibilité du médecin de famille, et du long temps d'attente peuvent aussi avoir des effets sur la frustration décrite en raison de la discordance linguistique. Aussi, bien que les effets de la discordance linguistique sont nombreux pour les patients, il ne faut toujours pas omettre les autres dimensions qui ont un impact tout aussi important sur l'expérience du patient. Ainsi, une analyse thématique des émotions des autres dimensions pourrait fournir d'autres informations pertinentes à la compréhension de l'expérience d'une visite chez le médecin de famille.

Limite 4: Le manque de données et de ressources pour mettre à terme le processus d'Experience Based Design: L'experience Based Design est un processus de recherche participatif qui demande l'implémentation d'actions concrètes pour l'amélioration de services de santé (l'Étape 3 de l'EBD). Dans l'article « *Hindsight is 20/20: Lessons learned after implementing experience based design* », par *Cancer Care Ontario* (2014), rédigé à la suite de l'évaluation du succès et des retombées d'environ 20 équipes EBD en Ontario, composées d'une centaine d'acteurs du milieu de la santé, incluant des patients et de nombreux preneurs de décisions impliqués dans l'offre de services de santé centrée sur les patients, on conclut que même si plusieurs initiatives d'EBD font preuve de succès, « [...] l'élément de succès le plus important reste l'habileté d'entendre et d'agir sur ce qui a été entendu » [traduction libre] (Bak et coll., 2014, p. 18).

Nous l'avons mentionné, le manque de la connaissance des expériences des autres partis propres à l'expérience du patient nous empêche de proposer immédiatement des actions concrètes ou des changements immédiats pour l'amélioration de l'expérience du patient francophone chez son médecin de famille. Cela est peut-être la plus grande limite de cette étude, considérant la nécessité d'action pour l'amélioration de l'état de santé de la population francophone en situation de minorité linguistique au nord de l'Ontario et le manque de médecin de famille pouvant offrir des services de santé en français. Toutefois, ce travail est bien amorcé, et c'est pourquoi il est nécessaire de continuer la recherche et le travail pour l'éventualité de l'amélioration de l'expérience des patients lors de l'utilisation de services de santé de première ligne, et cela sans oublier d'intégrer des processus d'évaluation des améliorations qui seront mis en place.

## RECOMMANDATIONS

Malgré l'attente de la connaissance des expériences de tous avant la « co-crédation » et le « *design* » d'une expédience plus positive pour la patiente ou le patient lors de l'expédience d'une visite chez le médécin de famille, il nous est quand même possible de proposer quelques recommandations étant donné les liens complémentaires de nos résultats avec des pratiques et des outils d'évaluations reconnus en matière de la qualité du service de première ligne:

1. Pour tous: patients, médécins, décideurs, et chercheurs, on recommande la continuité des mesures de l'offre active du service en français. L'offre active est nécessaire pour l'expédience positive lors de chaque rendez-vous, depuis la prise du rendez-vous, l'accueil au bureau et lors au premier contact avec le médécin de famille jusqu'à la fin de l'expédience de la visite.
2. Pour tous: patients, médécins, décideurs, et chercheurs, il est recommandé de se familiariser avec la recherche qui détaille les effets des barrières linguistiques sur l'expédience des patients et sur le système de santé, sans oublier que le bilinguisme apparent d'un patient francophone semble disparaître devant la lourdeur et le stress de la maladie. La santé est un sujet émotionnel qui requiert d'être traité dans la langue de préférence du patient. L'offre du service de santé de première ligne en français est une essentialité en matière de confort, de sécurité, d'accessibilité et de sentiments d'aptitude personnelle pour le patient francophone en situation de minorité linguistique.

3. Pour tout médecin de famille et tout patient, il est recommandé de connaître de manière exhaustive les objectifs d'évaluation des habiletés de communication avec le patient telles qu'élaborées par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC, 2017c).
4. Pour les patients francophones, il est recommandé de continuer de partager les expériences d'utilisation des services de santé, de participer dans la recherche et de continuer de demander des services de santé en français. Plus on entend le besoin, plus on peut renforcer les actions pour l'offre de services de santé de première ligne en français en Ontario.
5. Pour la recherche, il est recommandé de continuer de distinguer l'expérience du patient de la satisfaction du patient, tout en encourageant les initiatives de « *co-design* » qui font l'état des attentes des acteurs en santé et qui saisissent les émotions des acteurs en santé de première ligne. Cela permettra de développer des pistes d'actions concrètes pour l'amélioration de l'expérience des patients et pour l'amélioration de l'expérience des pourvoyeurs de soins par l'entremise de l'amélioration de l'expérience de l'offre de services de santé de première ligne afin d'offrir de meilleurs plans de santé et de rétablissement centrés sur les patients.

## CONCLUSION

La population francophone en Ontario est une population vieillissante qui reconnaît être moins en santé que la population en général. Au Canada, c'est la médecine de première ligne qui est première chargée de remédier aux difficultés des populations en matière de santé, et l'outil principal de cette pratique est la communication avec le patient. Bien que l'expérience d'une visite chez le médecin de famille excède le temps passé devant le médecin, on remarque que pour le patient, l'anticipation de la communication et la communication avec le médecin de famille est un des piliers de l'expérience. Plus le patient ressent qu'il sera compris et qu'il saura comprendre le médecin de famille, et plus cela se prouve vrai, plus l'expérience de la visite est positive.

Les résultats de notre enquête sur la dimension de la concordance et de la discordance linguistique soutiennent les recherches qui rapportent les effets préjudiciables des barrières linguistiques dans l'offre de service de santé de qualité et l'offre de soins de santé sécuritaires (Bowen, 2015). Quand le patient francophone ne ressent pas de confort, et quand il ne ressent pas l'accessibilité au service comme dans le cas de scénarios de discordance linguistique, reste que le service de santé risque d'être inefficace ou même insécuritaire surtout quand les patients vont éviter d'être engagés dans leurs services de santé de première ligne en raison de sentiments d'inaptitudes personnelles lors de la présence de barrières linguistiques.

En somme, il est indispensable d'offrir un service de santé de première ligne dans la langue de préférence du patient afin d'assurer une expérience réelle de confort, de sécurité, d'accessibilité au soin et de sentiments d'aptitude personnelle pour le patient. L'utilisation des mesures d'offre

active, et les outils de communication entre patient et médecin sont un point de départ essentiel à cet égard. Afin de proposer des pistes d'action concrète pour l'amélioration de l'expérience en médecine familiale dans la province, spécialement pour les francophones en situation linguistique minoritaire, il faut aussi considérer et intégrer en parts égales l'expérience des pourvoyeurs de soins afin de savoir co-crée une expérience favorable autant pour la santé des populations que pour le travail en services de santé de première ligne en Ontario.

## BIBLIOGRAPHIE

- Agence de la santé publique du Canada. (2011). *Qu'est-ce qui détermine la santé?* Récupérable depuis: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php>
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (2015). *Health literacy Universal Precautions Toolkit, 2<sup>nd</sup> Edition: Welcome patients: Tool #13*. Récupérable depuis: [https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy-toolkit/healthlittoolkit2\\_tool13.pdf](https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy-toolkit/healthlittoolkit2_tool13.pdf)
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (2017). *What is patient experience?* U.S. Department of Health & Human Services. Récupérable depuis: <https://www.ahrq.gov/cahps/about-cahps/patient-experience/index.html>
- Anhang Price, R., Elliott, M. N., Zaslavsky, A. M., Hays, R. D., Lehrman, W. G., Rybowski, L., ... Cleary, P. D. (2014). Examining the Role of Patient Experience Surveys in Measuring Health Care Quality. *Medical Care Research and Review : MCRR*, 71(5), 522–554. doi:10.1177/1077558714541480
- Assemblée de la francophonie de l'Ontario. (2014). *Le livre blanc sur les assises de la santé en français en Ontario*. Récupérable depuis: <https://www.scribd.com/document/244286842/Livre-blanc-sur-les-assises-de-la-sante-en-francais-en-Ontario>
- Assemblée de la francophonie de l'Ontario. (2017). *Ontario400: Statistiques*. Récupérable depuis: <http://ontario400.ca/statistiques/>
- Bak, K., Macdougall, L., Green, E., Moody, L., Obarski, G., Hale, L., Boyko, S., et Devitt, D. (2014). Hindsight is 20/20: Lessons learned after implementing experience based design. *Patient Experience Journal* 1(2), 12-19. Récupérable depuis: <http://pxjournal.org/journal/vol1/iss2/5/>
- Balik, B. (2011). What makes a positive patient experience? *Patient Safety Monitor Journal*, 12(10), 1-5. Récupérable depuis: [http://bhintegration.com/wp-content/uploads/2016/01/Balik-What-Makes-Positive-Pt-Experience\\_Pt-Safety-Monitor-Journal-Oct11.pdf](http://bhintegration.com/wp-content/uploads/2016/01/Balik-What-Makes-Positive-Pt-Experience_Pt-Safety-Monitor-Journal-Oct11.pdf)
- Bate, P., et Robert, G. (2007). *Bringing user experience to health care improvement. The concepts, methods and practices of experience based design*. Oxford: Radcliff Publishing.
- Bate, P., et Robert, G. (2006). Experience-based design: from redesigning the system around the patient to co-designing services with the patient. *Quality & Safety in Health Care*, 15(5), 307-10. doi: 10.1136/qshc.2005.016527
- Braun, V., et Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa

- Bouchard, L., Makvandi, E., Sedigh, G., et van Kemenade, S. (2014). *Les aînés francophones en Ontario: Un portrait de santé*. Réseau de recherche appliquée sur la santé des francophones de l'Ontario. Récupérable depuis: [http://www.rrasfo.ca/images/docs/publications/2014/Francophone\\_Seniors-ON-short\\_report\\_March\\_28\\_2014\\_FRENCH\\_VFINALE.pdf](http://www.rrasfo.ca/images/docs/publications/2014/Francophone_Seniors-ON-short_report_March_28_2014_FRENCH_VFINALE.pdf)
- Bouchard, L., et Desmeules, M. (2013). Les minorités linguistiques du Canada et la santé. *Healthcare Policy*, 9(SP), 38–47. Récupérable depuis: [http://www.rrasfo.ca/images/docs/dec2013/Policy\\_vol9\\_SP-BOUCHARD-2013.pdf](http://www.rrasfo.ca/images/docs/dec2013/Policy_vol9_SP-BOUCHARD-2013.pdf)
- Bouchard, L., Batal, M., Inbeault, P., Gagnon-Arpin, I., Makandi, E., et Sedign, G. (2012a). *La santé des francophones de l'Ontario: Un portrait régional tiré des Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*. Réseau de recherche appliquée sur la santé des francophones de l'Ontario. Récupérable depuis: [http://www.rrasfo.ca/images/docs/publications/2012/rapport\\_escc\\_ontario-final.pdf](http://www.rrasfo.ca/images/docs/publications/2012/rapport_escc_ontario-final.pdf)
- Bouchard, L., Beaulieu, M., et Desmeules, M. (2012b). L'offre active de services de santé en français en Ontario: une mesure d'équité. *Reflets*, 18(2), 38-65. Récupérable depuis: <http://id.erudit.org/iderudit/1013173ar>
- Bouchard, L., et Desmeules, M. (2011). *Minorités de langue officielle du Canada: Égales devant la santé?* Quebec City, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Bouchard, L., Gaboury, I., Chomienne, M.-H., Gilbert, A., et Dubois, L. (2009). La santé en situation linguistique minoritaire. *Healthcare Policy/Politique de santé*, 4(4), 36–42. Récupérable depuis: <http://www.rrasfo.ca/images/docs/publications/2012/La%20sante%20en%20situation%20linguistique%20minoritaire.pdf>
- Bowen, S. (2015). *The impact of language barriers on patient safety and quality of care*. Société Santé en Français. Récupérable depuis: <https://santefrancais.ca/wp-content/uploads/SSF-Bowen-S.-Language-Barriers-Study.pdf>
- Brousseau, M. (2016). *Experience-based co-design to improve patient, family and staff experiences with cancer care*. Annual CAHSPR Conference, Toronto. Récupérable depuis: <https://www.cahspr.ca/en/presentation/575af54937dee8ba5a5aedd9>
- Browne, K., Roseman, D., Shaller, D., et Edgman-Levitan, S. (2010). Analysis & Commentary: Measuring Patient Experience As a Strategy for Improving Primary Care. *Health Affairs*, 29(5), 921-925. doi:10.1377/hlthaff.2010.0238
- Brundage, M. D., Feldman-Stewart, D., et Tishelman, C. (2010). How do interventions designed to improve provider-patient communication work? Illustrative applications of a framework for communication. *Acta Oncologica*, 49(2), 136 - 43. doi: 10.3109/02841860903483684
- Byrne, M. M. (2001). Understanding life experiences through a phenomenological approach to research. *Association of Operating Room Nurses Journal* 73(4), 830-2. Récupérable depuis: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11303472>



- Canadian Institute for Health Information. (2011). *Health care in Canada, 2011: a focus on seniors and aging*. Récupérable depuis: [https://secure.cihi.ca/free\\_products/HCIC\\_2011\\_seniors\\_report\\_en.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/HCIC_2011_seniors_report_en.pdf)
- Carneiro, I. G., Charnock, J., Fry, A., Mak, V., Ormiston-Smith, N., McConnell, H., et Lyratzopoulos, Y. (2017). Linking the English Patient Experience Survey to Cancer registration: relating patient experience to outcomes, a step towards better services and outcomes. *International Journal of Population Data Science*, 1(1), 143. Doi: <http://dx.doi.org/10.23889/ijpds.v1i1.162>
- Clark, T., Sleath, B., et Rubin, R. H. (2004). Influence of ethnicity and language concordance on physician-patient agreement about recommended changes in patient health behavior. *Patient Education and Counselling*, 53(1), 87-93. Récupérable depuis: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15062909>
- Clarke, J. (2016). Difficulté liée à l'accès aux services de soins de santé au Canada. *Coup d'œil sur la santé*, 82, 624-X au catalogue de Statistique Canada. Ottawa. Récupérable depuis: <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2016001/article/14683-fra.htm>
- Cleveland Clinic. (2014). *Office of Patient Experience*. Ohio, Cleveland Clinic. Récupérable depuis: <http://my.clevelandclinic.org/patients-visitors/patient-experience>
- Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). (2017a). *Thèmes et comportements observés: évaluer la compétence en médecine familiale*. Récupérable depuis: <http://www.cfpc.ca/ObservableBehavioursFieldNoteHabilit%C3%A9sdecommunicationaveclepacient/?nid=8&dim=commskills-patients>
- Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). (2017b). *Thèmes et comportements observés: évaluer la compétence en médecin familiale*. Récupérable depuis: <http://www.cfpc.ca/ObservableBehavioursFieldNoteHabilit%C3%A9sdecommunicationaveclepacient/?nid=10&dim=commskills-patients>
- Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). (2017c). *Habiletés de communication - avec le patient*. Récupérable depuis: <http://www.cfpc.ca/Habilit%C3%A9sdecommunication%E2%80%93aveclepacient/>
- Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). (2005). *Le rôle du médecin de famille en santé publique et capacité d'intervention en cas d'urgence: Document de réflexion*. Récupérable depuis: <http://www.cfpc.ca/projectassets/templates/resource.aspx?id=1006&langType=3084>
- Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). (2004). *Family Medicine in Canada: Vision for the Future*. Récupérable depuis: [http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource\\_Items/FAMILY\\_MEDICINE\\_IN\\_CANADA\\_English.pdf](http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/FAMILY_MEDICINE_IN_CANADA_English.pdf)

- Collège des médecins du Québec. (2016). *Une première ligne forte de l'expertise du médecin de famille: énoncé de position*. Récupérable depuis: <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2016-02-23-fr-premiere-ligne-forte-expertise-medecin-de-famille.pdf>
- Commissariat aux services en français. (2013). 1.4 *Définition inclusive de francophone (DIF)*. Récupérable depuis: <http://csfontario.ca/fr/rapports/ra1516/30-ans-de-la-loi/dif>
- Commissariat aux services en français de l'Ontario. (2016). *Rapport Spécial: L'offre active de services en français: la clé à l'atteinte des objectifs de la Loi sur les services en français de l'Ontario: Résumé*. Récupérable depuis: [http://csfontario.ca/wp-content/uploads/2016/11/OFLSC-257785-Special-Report\\_October-2016\\_FRE.pdf](http://csfontario.ca/wp-content/uploads/2016/11/OFLSC-257785-Special-Report_October-2016_FRE.pdf)
- Consortium national de formation en Santé (CNFS). (2017). *L'offre active*. ACUFC: Association des collèges et universités de la francophonie canadienne. Récupérable depuis: <http://cnfs.net/offre-active/>
- Consortium national de formation en santé (CNFS). (2010). *La santé des francophones en situation minoritaire: un urgent besoin de plus d'informations pour offrir de meilleurs services*. Société Santé en Français. Récupérable depuis: <http://savoir-sante.ca/fr/themes/variables-linguistiques/download/118/229/21?method=view>
- Cooper, L., et Powe, N. (2004). *Disparities in patient experiences, health care processes, and outcomes: The role of Patient-Provider Racial, Ethnic, and Language Concordance*. John Hopkins University, The Commonwealth Fund. Récupérable depuis: [http://www.commonwealthfund.org/programs/minority/cooper\\_raceconcordance\\_753.pdf](http://www.commonwealthfund.org/programs/minority/cooper_raceconcordance_753.pdf)
- Corbeil, J-P., et Lafrenière, S. (2010). *Document analytique: Portrait des minorités de langue officielle au Canada: les francophones de l'Ontario*, 89, 642-X. Ottawa, Canada Division de la statistique sociale et autochtone, au catalogue de Statistique Canada. Récupérable depuis: <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-642-x/89-642-x2010001-fra.pdf>
- Creswell, J. W., et Miller, D. L. (2000). Determining Validity in Qualitative Inquiry. *Theory Into Practice*, 39(3), 124-130. Récupérable depuis: [https://people.ucsc.edu/~ktellez/Creswell\\_validity2000.pdf](https://people.ucsc.edu/~ktellez/Creswell_validity2000.pdf)
- de Moissac, D., et Bowen, S. (2017). Impact of language barriers on access to healthcare for official language minority Francophones in Canada, *Healthcare Management Forum* 30(4) 207-212. Récupérable depuis: <http://savoirsante.ca/download/252/420/21?method=view>
- de Moissac, D., Giasson, F., et Roch-Gagné, M. (2015). Accès aux services sociaux et de santé en français: l'expérience des Franco-Manitobains. *Minorités linguistiques et société*, 6, 42-65. doi: 10.7202/1033189ar
- de Moissac, D., de Rocquigny, J., Giasson, F., Tremblay, C., Aubin, N., Charron, M., et Allaire, G. (2012). Défis associés à l'offre de services de santé et de services sociaux en français au Manitoba: perceptions des professionnels. *Reflets*, 18(2), 66-100. doi:10.7202/1013174ar

- Dewar, B., Mackay, R., Smith, S., Pullin, S., et Tocher, R. (2009). Use of emotional touchpoints as a method of tapping into the experience of receiving compassionate care in a hospital setting. *Journal of Research in Nursing*, 15(1), 29-41. Récupérable depuis: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1744987109352932>
- Doyle, C., Lennox, L., et Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BJM Open* 3(e001570). Récupérable depuis: <http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/3/1/e001570.full.pdf>
- Drain, M., et Clark, P. A. (2004). Measuring experience from the patient's perspective: Implications for national initiatives. National Association for Healthcare Quality. *Journal of Health Quality Online*, W4-16. Récupérable depuis: [http://www.curatehealth.me/wp-content/uploads/2012/10/nahqce\\_article214.pdf](http://www.curatehealth.me/wp-content/uploads/2012/10/nahqce_article214.pdf)
- Eamranond, P. P., Davis, R. B., Phillips, R. S., et Wee, C. C. (2009). Patient-physician language concordance and lifestyle counseling among spanish-speaking patients. *Journal of Immigrant and minority health*, 11(6), 494-8. Doi: 10.1007/s10903-008-9222-7
- Eamranond, P. P., Davis, R. B., Phillips, R. S., et Wee, C. C. (2011). Patient-physician Language Concordance and Primary Care Screening Among Spanish-speaking Patients. *Medical Care* 49(7), 668-72. doi:10.1097/MLR.0b013e318215d803
- Elmslie, K. (2012). *Against the Growing Burden of Disease: Protecting Canadians from illness*. Centre for Chronic Disease Prevention. Agence de la santé publique du Canada. Récupérable depuis: <http://www.ccgh-csih.ca/assets/Elmslie.pdf>
- Explorable.com (2009). *Échantillonnage de commodité*. Récupérable depuis: <https://explorable.com/fr/echantillonnage-de-commodite>
- Feldman-Stewart, D., Brundage, M. D., et Tishelman, C. (2005). A conceptual framework for patient-professional communication: an application to the cancer context. *Psycho-Oncology*, 14(10), 801-809. doi: 10.1002/pon.950
- Fernandez, A., Schillinger, D., Warton, E. M., Adler, N., Moffet, H. H., Schenker, Y., ... Karter, A. J. (2011). Language Barriers, Physician-Patient Language Concordance, and Glycemic Control Among Insured Latinos with Diabetes: The Diabetes Study of Northern California (DISTANCE). *Journal of General Internal Medicine*, 26(2), 170-176. doi: 10.1007/s11606-010-1507-6
- Flores, G. (2006). Language Barriers to Health Care in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 355, 229-231. doi: 10.1056/NEJMp058316
- Forgues, E., Bahi, B., Michaud, J., Deveau, K., Boudreau, J., et St-Onge, S. (2011) *L'offre de services de santé en français en contexte francophone minoritaire*. Moncton, Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques. Récupérable depuis: <http://cliquezsante.ca/data/documents/000000037.pdf>

- Frank, J. R., Snell, L., Sherbino, J., et Boucher, A. (2015). *Référentiel de compétences: CanMEDS 2015 pour les médecins*. Ottawa, Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC). Récupérable depuis: <http://canmeds.royalcollege.ca/fr/referentiel>
- Gauthier, A. P., Timony, P. E., Serresse, S., Goodale, N., et Prpic, J. (2015). Strategies for improved French-language health services. Perspectives of family physicians in northeastern Ontario. *Canadian Family Physician*, 61, e882 – e890. Récupérable depuis: <http://www.cfp.ca/content/cfp/61/8/e382.full.pdf>
- Gauthier, A. P., Timony, P. E., Hogenbirk, J., et Wenghofer, E. F. (2013). *Une exploration de l'accès et la qualité des services de santé en Français du point de vue des médecins de famille en Ontario*. Sudbury, Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et de nord. doi: 10.13140/2.1.2042.0801
- Gauthier, A. P., Timony, P. E., et Wenghofer, E. F. (2012). Examining the geographic distribution of French- speaking physicians in Ontario. *Canadian Family Physicians*, 58(12), 717 – 724. Récupérable depuis: <http://www.cfp.ca/content/58/12/e717.full>
- Gouvernement du Canada. (2012a). *À propos des soins de santé primaires*. Récupérable depuis: <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/soins-sante-primaires/propos-soins-sante-primaires.html>
- Gouvernement du Canada. (2012b). *Le système des soins de santé du Canada*. Récupérable depuis: <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/regime-soins-sante/canada.html>
- Green, A. R., Metzger, Q., Legedza, A. T., Massagli, M. P., Phillips, R. S., et Iezzoni, L. I. (2005). Interpreter services, language concordance, and health care quality. *Journal of general internal medicine*, 20(11), 1050 - 56. doi:10.1111/j.1525-1497.2005.0223.x
- Greenfield, S., Kaplan, S., et Ware, J. E Jr. (1985). Expanding patient involvement in care: effects on patient outcomes. *Annals of Internal Medicine*, 102(4) 520–8. Récupérable depuis: [https://www.researchgate.net/profile/John\\_Ware/publication/19185140\\_Expanding\\_Patient\\_Involvement\\_in\\_Care\\_Effects\\_on\\_Patient\\_Outcomes/links/568d2d3808ae78cc05140a66/Expanding-Patient-Involvement-in-Care-Effects-on-Patient-Outcomes.pdf](https://www.researchgate.net/profile/John_Ware/publication/19185140_Expanding_Patient_Involvement_in_Care_Effects_on_Patient_Outcomes/links/568d2d3808ae78cc05140a66/Expanding-Patient-Involvement-in-Care-Effects-on-Patient-Outcomes.pdf)
- Health Quality Council of Alberta. (2017). *2017 Patient Experience Award Recipients Announced*. Récupérable depuis: <http://hqca.ca/news/2017/05/2017-patient-experience-award-recipients-announced/>
- Hafsteindóttir, T. B. (1996). Patient's experiences of communication during the respirator treatment period. *Intensive and Critical Care Nursing*, 12(5), 261-71. Doi: 10.1016/S0964-3397(96)80693-8

- Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP). (2016). *Récits de patients*. Récupérable depuis: <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/Member-Videos-and-Stories/Pages/default.aspx>
- Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP). (2017). *Virez en mode sécurité*. Récupérable depuis: <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/about/programs/shift-to-safety/pages/default.aspx>
- Inforoute Santé du Canada. (2017a). *What is digital Health*. Récupérable depuis: <https://www.infoway-inforoute.ca/en/what-we-do/digital-health-and-you/what-is-digital-health>
- Inforoute Santé du Canada. (2017b). *Better Health Together*. Récupérable depuis: <https://www.betterhealthtogether.ca/>
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2017). L'expérience des patients. Ottawa, ICIS. Récupérable depuis: <https://www.cihi.ca/fr/performance-du-systeme-de-sante/qualite-des-soins-et-resultats/lexperience-des-patients>
- Institut Canadien d'information sur la santé (ICIS). (2011). *Les soins de santé au Canada 2011: Regards sur les personnes âgées et le vieillissement*. Ottawa, ICIS. Récupérable depuis: [https://secure.cihi.ca/free\\_products/HCIC\\_2011\\_seniors\\_report\\_fr.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/HCIC_2011_seniors_report_fr.pdf)
- Institute for Healthcare Improvement. (2017). *Tools: MyStory Always Event*. Récupérable depuis: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/MyStoryAlwaysEvent.aspx>
- Integrated Behavioral Health Partners (IBHP). (2017). *Importance of the patient experience*. Récupérable depuis: <http://www.ibhpartners.org/get-started/client-experience-toolkit/importance-of-the-client-experience>
- Jacob, D. A., Franklin, L., Bernstein, B., et Pall, H. (2015). Results from a patient experience study in pediatric gastrointestinal endoscopy. *Journal of Patient Experience*, 2(2), 23-38. DOI: <https://doi.org/10.1177/2374373515615978>
- Jenkinson, C., Coulter, A., Bruster, S., Richards, N., et Chandola, T. (2002a). Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Quality & safety in health care*, 11(4), 335-39. Récupérable depuis: <http://qualitysafety.bmj.com/content/11/4/335.long>
- Jenkinson, C., Coulter, A., et Bruster, S. (2002b). The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(5), 353-8. doi:10.1093/intqhc/14.5.353
- Kalay, A. L., Chomienne, M-H., Farmanova, E. (2013). Les priorités de recherche sur la santé des francophones en Ontario. *Revue Canadienne en Santé Publique*, 104(6), 83-87. doi: <http://dx.doi.org/10.17269/cjph.104.3509>

- Kanter, M. H., Abrams, K. M., Carrasco, M. R., Spiegel, N. H., Vogel, R. S., et Coleman, K. J. (2009). Patient-Physician Language Concordance: A Strategy for Meeting the Needs of Spanish-Speaking Patients in Primary Care. *The Permanente Journal*, 13(4), 79–84.  
Récupérable depuis: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2911827/>
- Kasperski, J. (2011). *Vision 2020: Raising the Bar in Family Medicine and Ontario's Primary Care Sector*. Ontario College of Family Physicians. Récupérable depuis: <http://ocfp.on.ca/docs/publications/vision-2020---raising-the-bar-in-ontarios-healthcare-system---final.pdf>
- Kingston-Riechers, J., Ospina, M., Jonsson, E., Childs, P., McLeod, L., et Maxted, J. (2010). *Patient Safety in Primary Care*. Edmonton, AB: Institut canadien pour la sécurité des patients et BC Patient Safety & Quality Council. Récupérable depuis: <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/Research/commissionedResearch/primaryCare/Documents/Primary%20Care%202010%20FR.pdf>
- Larousse. (2017). « *Accessibilité* » Dictionnaires de français. Récupérable depuis: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/accessibilit%C3%A9/421?q=accessibilit%C3%A9#413>
- Larousse. (2017). « *Affectivité* » Dictionnaires de français. Récupérable depuis: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/affectivit%C3%A9/1426?q=affectivit%C3%A9#1423>
- Larousse. (2017). « *Aptitude* » Dictionnaires de français. Récupérable depuis: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/aptitude/4842?q=aptitude#4815>
- Larousse. (2017). « *Confort* » Dictionnaires de français. Récupérable depuis: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/confort/18147?q=confort#18039>
- Larousse. (2017). « *Émotion* » Dictionnaires de français. Récupérable depuis: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9motion/28829?q=%C3%A9motion#28701>
- Larousse. (2017). « *Sécurité* » Dictionnaires de français. Récupérable depuis: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/s%C3%A9curit%C3%A9/71792?q=s%C3%A9curit%C3%A9#70996>
- Larousse. (2017). « *Inaccessible* » Dictionnaires de français. Récupérable depuis: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/inaccessible/42100>
- Larousse. (2017). « *Inaptitude* » Dictionnaires de français. Récupérable depuis: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/inaptitude/42165?q=inaptitude#42071>
- Larousse. (2017). « *Inconfort* » Dictionnaires de français. Récupérable depuis: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/inconfort/42339?q=inconfort#42246>
- Larousse. (2017). « *Insécurité* » Dictionnaires de français. Récupérable depuis: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/ins%C3%A9curit%C3%A9/43306?q=ins%C3%A9curit%C3%A9#43208>

- Lee, T. (2017). *How U.S. Health Care Got safer by Focusing on the Patient Experience*. Harvard, Harvard Business School Publishing. Récupérable depuis: <https://hbr.org/2017/05/how-u-s-health-care-got-safer-by-focusing-on-the-patient-experience>
- Luxford, K. et Sutton, S. (2014). How does patient experience fit into the overall healthcare picture? *Patient Experience Journal*, 1(1), 20-27. Récupérable depuis: <http://pxjournal.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1002&context=journal>
- Manary, M. P., Boulding, W., Staelin, R., et Glickman, S. W. (2013). The patient experience and health outcomes. *New England Journal of Medicine*, 368, 201-203. doi: 10.1056/NEJMp1211775
- Meyor, C. (2008). Comprendre l'affectivité par la phénoménologie: pour une approche esthétique en éducation. *Collection du Cirp*, 3, 43 - 59. Récupérable depuis: <http://www.cirp.uqam.ca/documents%20pdf/Collection%20vol.%203/3-Catherine%20Meyor.pdf>
- Meyor, C. (2007). Le sens et la valeur de l'approche phénoménologique. *Recherches qualitatives – Hors-Série*, 4, 103-118. Récupérable depuis: [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors\\_serie/hors\\_serie\\_v4/meyor.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v4/meyor.pdf)
- Morse, J. M., Barrett, M., Mayan, M., Olson, K., et Spiers, J. (2002). Verification Strategies for Establishing Reliability and Validity in Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 1(2), 1- 19. Récupérable depuis: [https://sites.ualberta.ca/~iiqm/backissues/1\\_2Final/pdf/morseetal.pdf](https://sites.ualberta.ca/~iiqm/backissues/1_2Final/pdf/morseetal.pdf)
- Mulvale, A., Miatello, A., Hackett, C., et Mulvale, G. (2016). Applying experience-based co-design with vulnerable population: Lessons from a systematic review of methods to involve patients, families and service providers in child and youth mental health service improvement. *Patient Experience Journal*, 3(1), 117 – 129. Récupérable depuis: <http://pxjournal.org/journal/vol3/iss1/15/>
- NHS Institute (NHS). (2009a). The EBD Approach. Experience based design – Using patient and staff experience to design better healthcare services. Guide and Tools. Institute for Innovation and Improvement. Coventry House, University of Warwick Campus, 99.
- NHS Institute (NHS). (2009b). The EBD Approach. Experience based design – Using patient and staff experience to design better healthcare services. Concepts and Case Studies. Institute for Innovation and Improvement. Coventry House, University of Warwick Campus, 83.
- NRC Health: Human understanding. (2017). *The impact of improved patient experiences*. Récupérable depuis: <https://nrchealth.com/impact-improved-patient-experiences/>
- O'Brien, B., Harries, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., et Cook, D. A. (2014). Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations. *Journal of Academic Medicine*, 89(9), 1245-51. doi: 10.1097/ACM.0000000000000388

- OAPN Canadien Center of Excellence. (2010). *Improving the Patient Experience and Health Outcome Collaborative (iPEHOC)*. Advanced Practice Nursing. Récupérable depuis: <http://oapn.mcmaster.ca/index.php/component/content/article/162>
- OneView. (2015). *The Eight Principles of Patient-Centered Care*. Récupérable depuis: <http://www.oneviewhealthcare.com/the-eight-principles-of-patient-centered-care/>
- OneView. (2016). *Eight Steps to Improved Patient Experience and Outcomes*. Récupérable depuis: <http://www.oneviewhealthcare.com/eight-steps-to-improved-patient-experience-and-outcomes/>
- Ontario. (2017a). *Loi sur les services en français*. Imprimeur de la Reine pour l'Ontario. Récupérable depuis: <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/90f32>
- Ontario. (2017b). *L'Ontario présente un projet de Loi pour améliorer l'accès et l'expérience des patients*. Ministère de la Santé et des soins de longue durée. Imprimeur de la Reine pour l'Ontario. Récupérable depuis: <https://news.ontario.ca/mohlrc/fr/2016/06/ontario-presente-un-projet-de-loi-pour-ameliorer-lacces-et-l Experience-des-patients.html>
- Ontario Hospital Association. (2017). *Experience Based Design: Integrating the Patient Voice*. Récupérable depuis: <https://www.oha.com/education/event/Experience-Based-Design-Integrating-the-Patient-Voice-E3-163-18>
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2017). *Sécurité des patients*. Récupérable depuis: <http://www.who.int/patientsafety/fr/>
- Pérez-Stable, E., Nápoles-Springer, A., Miramontes, J. M. (1997). The Effects of Ethnicity and Language on Medical Outcomes of Patients with Hypertension or Diabetes. *Medical Care*, 35(12), 1212-19. Récupérable depuis: <http://www.jstor.org/stable/3767297>
- Picard, A. (2004). Is Canada's doctor shortage the real thing? *Globe and Mail*. Toronto, Philip Crawley Publisher. Récupérable depuis: <https://www.theglobeandmail.com/life/health-and-fitness/is-canadas-doctor-shortage-the-real-thing/article747034/>
- Picard, L., Carrière, R., et Hébert, D. (1999). La santé des francophones à l'aube de l'an 2000. *Reflets* 5(2), 11-19. Récupérable depuis: <http://www.erudit.org/revue/ref/1999/v5/n2/026267ar.pdf>
- Pippins, J. R., Alegría, M., et Haas, J. S. (2007). Association between language proficiency and the quality of primary care among a national sample of insured Latinos. *Medical care*, 45(11), 1020-1025. doi:10.1097/MLR.0b013e31814847be
- Pons, J. (2012). Welcoming patients into our eye service. *Community Eye Health Journal*, 25(78), 29-30. Récupérable depuis: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3483608/>
- Press Ganey. (2015). *The Path to Better Patient Experiences: Listen-Learn-Lead*. Press Ganey Associates, Inc. Récupérable depuis: <http://www.pressganey.com/aboutUs/path-to-better-patient-experiences.aspx>



- Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP). (2005). *Deuxième rapport sur la Santé des francophones de l'Ontario*. Récupérable depuis: [https://www.nosm.ca/uploadedFiles/Education/Health\\_Sciences\\_and\\_Interprofessional\\_Education/Preceptor\\_Resources/rapport\\_sante\\_jan06.pdf](https://www.nosm.ca/uploadedFiles/Education/Health_Sciences_and_Interprofessional_Education/Preceptor_Resources/rapport_sante_jan06.pdf)
- Qikiqtani General Hospital. (2015). *If you cannot communicate with your patient, your patient is not safe: Final Report*. Office of the Languages Commissioner of Nunavut. Récupérable depuis: <http://langcom.nu.ca/sites/langcom.nu.ca/files/QGH%20-%20Final%20Report%20EN.pdf>
- Qualité des services de santé Ontario. (2017). *Santé dans le Nord: Rapport sur la géographie et la santé de la population des deux régions du Nord de l'Ontario*. Toronto: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, pp. 49. Récupérable depuis: <http://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/system-performance/health-in-the-north-fr.pdf>
- Qualité des services de santé Ontario. (2015). *Qualité de soins primaires: Établir une fondation provinciale pour la surveillance et la reddition de comptes continues en Ontario*. Toronto: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, pp. 38. Récupérable depuis: <http://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/pr/theme-report-quality-in-primary-care-fr.pdf>
- Qualité des services de santé Ontario. (2013a). *Capturing the Patient Experience: Instructions*. Récupérable depuis: <http://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/qi/qi-capturing-patient-experience-instruction-sheet-en.pdf>
- Qualité des services de santé Ontario. (2013b). *Voice of the Customer*. Toronto: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, pp. 11. Récupérable depuis: <http://www.hqontario.ca/portals/0/documents/qi/qi-voc-primer-en.pdf>
- Quintana, J. M., Gonzalez, N., Bilbao, A., Aizpuru, F., Escobar, A., Esteban, C., San-Sebastian, J. A., de-la-Sierra, E., et Thompson, A. (2006). Predictors of patient satisfaction with hospital health care. *BMC Health Services Research*, 6(102). doi: 10.1186/1472-6963-6-102
- Regroupement des entités de planification des services de santé en français de l'Ontario et Alliance des Réseaux Ontariens de santé en français (RSSFE) et (AROSF). (2015). *Énoncé de position commune sur l'offre active des services de santé en français en Ontario*. Récupérable depuis: [http://rssfe.on.ca/upload-ck/Enonce\\_OffreActive\\_10mars15\\_FR.pdf](http://rssfe.on.ca/upload-ck/Enonce_OffreActive_10mars15_FR.pdf)
- Réseau du mieux - être francophone du nord de l'Ontario (RMEFNO). (2016). *Des services de santé en français dans le Nord de l'Ontario: tout un défi*. Récupérable depuis: <http://www.rifssso.ca/wp-content/uploads/2016/02/Panel-Des-services-de-sant%C3%A9-en-fran%C3%A7ais-dans-le-Nord-de-l%E2%80%99Ontario-tout-un-d%C3%A9fi.pdf>
- Ribau, C., Lasry, J., Bouchard, L., Moutel, G., Hervé, C., et Marc-Vergnes, J. (2005). La phénoménologie: une approche scientifique des expériences vécues. *Recherche en soins infirmiers*, 81(2), 21-27. doi:10.3917/rsi.081.0021

- Rocque, L., et Leanza, Y. (2017). “To bring something that sounded frankly political into a healthcare context, I thought it was offensive”: Exploring English-speaking Minorities’ Experiences in Accessing and Receiving Care in Quebec-City. *2<sup>e</sup> Colloque scientifique sur la santé des communautés de langue officielle du Canada* (février 2017).
- Schyve, P. M. (2007). Language Differences as a Barrier to Quality and Safety in Health Care: The Joint Commission Perspective. *Journal of General Internal Medicine*, 22(2), 360-1. Doi: 10.1007/s11606-007-0365-3
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information*, 22(2), 63-65. Récupérable depuis: <https://eric.ed.gov/?id=EJ792970>
- Slater, M. et Kiran, T. (2016). Measuring the patient experience in primary care: Comparing e-mail and waiting room survey delivery in a family health team. *Canadian Family Physician – Le Médecin de famille canadien*, 62(12), e740 – 8. Récupérable depuis: <http://www.cfp.ca/content/62/12/e740>
- Société Santé en Français (SSF). (2006). *Préparer le terrain: Soins de santé primaires en français en Ontario - Rapport Provincial*, pp. 42. Récupérable depuis: <http://francosantesud.ca/wp-content/uploads/Pr%C3%A9parer-le-terrain-Rapport-Provincial-20062.pdf>
- Société Santé en Français (SSF). (2015). *À propos de nous: Notre raison d’être*. Récupérable depuis: <http://santefrancais.ca/a-propos-de-nous/>
- Statistique Canada. (2015). *Section 3 – Les facteurs d’évolution de la population de langue maternelle française*, 89, 642-X. Récupérable depuis: <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-642-x/89-642-x2015012-fra.htm?contentType=application%2Fpdf>
- Statistique Canada. (2017a). *Grand Sudbury, CV* [Subdivision de recensement], Ontario et Ontario [Province] (tableau). Profil du recensement, Recensement de 2016, 98, 316-X au catalogue de Statistique Canada. Ottawa. Diffusé le 13 septembre 2017. Récupérable depuis: <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F> (site consulté le 26 septembre 2017).
- Statistique Canada. (2017b). *Timmins, CY* [Subdivision de recensement], Ontario et Ontario [Province] (tableau). Profil du recensement, Recensement de 2016, 98, 316-X au catalogue de Statistique Canada. Ottawa. Diffusé le 13 septembre 2017. Récupérable depuis: <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F> (site consulté le 26 septembre 2017).
- Statistique Canada. (2017c). *Kapuskasing, T* [Subdivision de recensement], Ontario et Cochrane, DIS [Division de recensement], Ontario (tableau). Profil du recensement, Recensement de 2016, 98, 316-X au catalogue de Statistique Canada. Ottawa. Diffusé le 13 septembre 2017. Récupérable depuis: <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F> (site consulté le 26 septembre 2017).

- Statistique Canada. (2017d). *Hearst, T* [Subdivision de recensement], Ontario et Ontario [Province] (tableau). Profil du recensement, Recensement de 2016, 98, 316-X au catalogue de Statistique Canada. Ottawa. Diffusé le 13 septembre 2017. Récupérable depuis: <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F> (site consulté le 26 septembre 2017).
- Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Canadian Medical Association Journal*, 152(9), 1423-33. Récupérable depuis: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7728691>
- Southlake Regional Health Centre. (2012). *Geriatric Clinical Day – Partnering with Real Experts: Creating Client Centered Care through Experiences of Frail Seniors*. Newmarket. Southlake Regional Health Centre. Récupérable depuis: <http://www.southlakeregional.org/Default.aspx?cid=2266&lang=1>
- South West Hospice Palliative Care Network. (2017). Patient and Family Stories and Videos. Récupérable depuis: [http://swpalliativecare.ca/46/Patient\\_and\\_Family\\_Stories\\_and\\_Videos/](http://swpalliativecare.ca/46/Patient_and_Family_Stories_and_Videos/)
- The Canadian Partnership Against Cancer. (2017). *Patient Experience and Patient Reported Outcomes Initiative*. Récupérable depuis: <http://www.cancerview.ca/treatmentand-support/personcentredperspectiveinitiative/patientexperienceandpatientreportedoutcomes/>
- Timony, P. E., Gauthier, A. P., Hogenbirk, J. C., et Wenghofer, E. F. (2013). Promising quantities, disappointing distribution. Investigating the presence of French-speaking physicians in Ontario's rural Francophone communities. *Rural and Remote Health*, 13(4), 2543. Récupérable depuis: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24380635>
- Trzeciak, S., Gaughan, J. P., Bosire, J., Mazzairelli, A. J. (2016). Association between medicare summary star ratings for patient experience and clinical outcomes in US hospitals. *Journal of Patient Experience*, 3(1), 6-9. doi: 10.1177/2374373516636681
- Université de Waterloo. (2017). *Indice canadien du mieux-être: Domaines et indicateurs*. Waterloo, Indice canadien du mieux-être. Récupérable depuis: <https://uwaterloo.ca/indice-canadien-du-mieux-etre/node/38>
- Wilson, E., Chen, A. H., Grumbach, K., Wang, F., et Fernandez, A. (2005). Effects of Limited English Proficiency and Physician Language on Health Care Comprehension. *Journal of General Internal Medicine*, 20(9), 800–806. doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.0174.x
- Wisnivesky, J. P., Krauskopf, K., Wolf, M. S., Wilson, E. A., Sofianou, A., Martynenko, M., ... Federman, A. D. (2012). The association between language proficiency and outcomes of elderly patients with asthma. *Annals of Allergy, Asthma & Immunity: Official publication of the American College of Allergy, Asthma and Immunology*, 109(3), 179-184. doi: 10.1016/j.anai.2012.06.016

## ANNEXES

### Annexe A « Certificat d'approbation éthique »



**Laurentian University**  
**Université Laurentienne**

**CERTIFICAT D'APPROBATION DÉONTOLOGIQUE POUR LA CONDUITE D'UN  
PROTOCOLE IMPLIQUANT LA PRÉSENCE DE SUJETS HUMAINS**  
Comité éthique de la Recherche de l'Université Laurentienne

Le présent certificat confirme que le projet identifié ci-dessous a obtenu une approbation déontologique du Comité déontologique de l'Université Laurentienne (CÉRUL). La date de votre approbation déontologique, la date de votre prochain rapport, les dates de renouvellement(s) et modifications (si s'appliquent) ainsi que toute condition particulière sont indiquées dans le tableau qui suit.

TYPE D'APPROBATION / Nouvelle X / Modifications au projet / Demande de prolongation	
<b>Nom(s) du ou des chercheur(s)/collaborateur(s) École/ Département</b>	Chloe Jutras, École de santé dans les milieux ruraux et du nord, directeur, Alain Gauthier, CRaNHR/École des sciences de l'activité physique
<b>Titre de la soumission</b>	L'expérience de soins de santé chez le médecin de famille pour des francophones de 35 ans et plus résidents du nord de l'Ontario
<b>Numéro de référence</b>	2015-10-29
<b>Date de l'approbation originale</b>	11 décembre, 2015
<b>Date de l'approbation de l'extension ou des modifications (si s'applique)</b>	
<b>Date du prochain rapport</b>	Décembre, 2016
<b>Condition(s) placée(s) sur le projet</b>	

Un rapport annuel ou final est requis (date indiquée comme étant celle de la fin du projet sur votre demande). Tout projet doit faire l'objet au moins l'objet d'un rapport annuel soumis au CÉRUL. Si votre projet devait se poursuivre au-delà de la durée de l'approbation déontologique, vous devrez soumettre une demande d'extension auprès du CÉRUL en remplissant le formulaire de [suivi annuel](#). Comme il est indiqué sur le formulaire d'approbation déontologique, il faudra soumettre au Comité toute modification ayant trait aux questions ou aux procédures. Si vous souhaitez modifier le contenu de votre protocole déontologique, vous devrez utiliser le formulaire du [suivi annuel](#). Le CÉRUL vous souhaite de francs succès dans vos entreprises de recherche en vous rappelant de respecter en tout temps les politiques de l'ÉPTC.

Rosanna Langer, Présidente  
Comité Éthique de la Recherche

## Annexe B « Affiche de recrutement des participants »



**Laurentian University**  
Université Laurentienne




**CRSRN**  
Centre de recherche en santé dans  
les milieux ruraux et du nord



**LE RÉSEAU DU MIEUX-ÊTRE  
FRANCOPHONE  
DU NORD DE L'ONTARIO**

### Quelle est votre expérience de soins chez votre médecin de famille ?



### Partager votre expérience de soins de santé chez votre médecin de famille en groupe de discussion !

Vous avez 35 ans ou plus?

Vous êtes résident de Sudbury, Hearst/Kapuskasing ou Timmins?

Vous avez un médecin de famille qui parle le français **OU** qui ne parle pas le français?

**Pour de plus amples informations, contacter Chloé Jutras ou Alain Gauthier :**

**Chloé Jutras : [cjutras@laurentienne.ca](mailto:cjutras@laurentienne.ca)**

**Alain Gauthier : (705) 675-1151 poste. 1071 ou [agauthier@laurentienne.ca](mailto:agauthier@laurentienne.ca)**

Chloe : <a href="mailto:cjutras@laurentienne.ca">cjutras@laurentienne.ca</a>	Chloe : <a href="mailto:cjutras@laurentienne.ca">cjutras@laurentienne.ca</a>	Chloe : <a href="mailto:cjutras@laurentienne.ca">cjutras@laurentienne.ca</a>	Chloe : <a href="mailto:cjutras@laurentienne.ca">cjutras@laurentienne.ca</a>	Chloe : <a href="mailto:cjutras@laurentienne.ca">cjutras@laurentienne.ca</a>	Chloe : <a href="mailto:cjutras@laurentienne.ca">cjutras@laurentienne.ca</a>	Chloe : <a href="mailto:cjutras@laurentienne.ca">cjutras@laurentienne.ca</a>	Chloe : <a href="mailto:cjutras@laurentienne.ca">cjutras@laurentienne.ca</a>
Alain : <a href="mailto:agauthier@laurentienne.ca">agauthier@laurentienne.ca</a> ou (705) 675-1151 X. 1071	Alain : <a href="mailto:agauthier@laurentienne.ca">agauthier@laurentienne.ca</a> ou (705) 675-1151 X. 1071	Alain : <a href="mailto:agauthier@laurentienne.ca">agauthier@laurentienne.ca</a> ou (705) 675-1151 X. 1071	Alain : <a href="mailto:agauthier@laurentienne.ca">agauthier@laurentienne.ca</a> ou (705) 675-1151 X. 1071	Alain : <a href="mailto:agauthier@laurentienne.ca">agauthier@laurentienne.ca</a> ou (705) 675-1151 X. 1071	Alain : <a href="mailto:agauthier@laurentienne.ca">agauthier@laurentienne.ca</a> ou (705) 675-1151 X. 1071	Alain : <a href="mailto:agauthier@laurentienne.ca">agauthier@laurentienne.ca</a> ou (705) 675-1151 X. 1071	Alain : <a href="mailto:agauthier@laurentienne.ca">agauthier@laurentienne.ca</a> ou (705) 675-1151 X. 1071

## Annexe C « Lettre d'information aux participants »

### **L'expérience de soins de santé chez le médecin de famille pour des francophones de 35 ans et plus résidents du nord de l'Ontario**

#### **Lettre d'information**

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de Maîtrise en santé interdisciplinaire de Chloé Jutras BSW, à l'Université Laurentienne, dirigée par le Pr Alain Gauthier PhD, Centre de recherche en santé des milieux ruraux et du nord, avec le Pr George Kpazaï PhD, professeur agrégé (Université Laurentienne) et le Pr Daniel Côté PhD, Professeur adjoint (Université Laurentienne)

On vous invite à participer à un projet de recherche où vous aurez l'occasion, lors d'un groupe de discussion, de partager votre expérience de soins lors de visite chez votre médecin de famille. Votre expérience sera aussi examinée en lien avec le fait que vous parlez ou que vous ne parlez pas la même langue que votre médecin de famille. Nous cherchons des participants francophones de 35 ans et plus qui ont un médecin de famille qui parle le français et des participants francophones de 35 ans et plus qui ont un médecin de famille qui ne parle pas le français. Votre participation est précieuse à la compréhension de l'expérience d'un soin de santé chez un médecin de famille au nord de l'Ontario en lien avec la langue de service. Ce projet est aussi en réponse aux besoins de la population francophone en Ontario en matière d'accessibilité aux services de santé.

Si vous acceptez de participer au projet, on vous demandera de participer à un groupe de discussion d'environ 120 minutes qui sera enregistré. Des breuvages et une collation vous seront offerts lors du groupe de discussion. Tous les résultats de l'étude seront confidentiels et seront seulement examinés par la chercheuse principale (Chloé Jutras) et son équipe d'appui à la recherche. Si les résultats apparaissent dans une publication, vos informations personnelles ne seront jamais dévoilées (les données seront anonymisées). Votre participation est strictement volontaire et vous pouvez vous retirer en tout temps, sans avoir à vous justifier. À la connaissance des chercheurs, votre participation à cette recherche ne pose aucun risque au-delà de la notion du risque minimal. Si vous avez des questions face à ce projet, ou des questions sur vos droits comme participants, vous pouvez contacter l' :

Administrateur déontologique  
Bureau de la Recherche de l'Université Laurentienne  
Téléphone : 705-675-1151 poste 3213, 2436 ou 1-800-461-4030  
Par courriel [ethique@laurentian.ca](mailto:ethique@laurentian.ca)

Si vous désirez participer à cette étude, veuillez prendre le temps de lire les renseignements détaillés dans le document ci-joint intitulé 'Formulaire de consentement'. Ce document, explique le but de ce projet de recherche, les bénéfices de participation à la recherche, les tâches à compléter, la protection de vos renseignements personnels, les risques, les inconvénients et vos droits en tant que participant. Le formulaire de consentement signé doit être retourné à la chercheuse principale; Chloé Jutras. Vous pouvez garder cette lettre d'information pour vos dossiers. Pour toutes autres questions, vous pouvez aussi communiquer avec la chercheuse principale, Chloé Jutras, ou avec Alain Gauthier

## Annexe D « Liste d’instances de soutien psychologique destinées aux participants »

### Ressources par régions

#### **Sudbury**

Association canadienne pour la santé mentale

Sudbury

111, rue Elm, local 100

Sudbury, ON P3C 1T3

tél. : 705-675-7252

sans frais : 1-866-285-2642

Courriel : [info@cmha-sm.on.ca](mailto:info@cmha-sm.on.ca)

#### **Timmins**

Association canadienne pour la santé mentale

Cochrane-Timiskamin

330 Second Avenue, Suite 201

Timmins, ON, P4N 8A4

Tél.: 705.267.8100

courriel : [cmhatim@cmhact.ca](mailto:cmhatim@cmhact.ca)

#### **Hearst/Kapuskasing**

Services de Counselling Services Hearst. Kapuskasing. Smooth Rock Falls

##### **Bureau de Hearst**

1101 Front Street, Box: 2248

Hearst ON P0L 1N0

Tél.: 705-372-1933

##### **Bureau de Kapuskasing**

29, Byng Avenue, suite 1

Kapuskasing ON P5N 1W6

Tél.: 705-335-8468



## Annexe E « Formulaire de consentement »

### Titre : L'expérience de soins de santé chez le médecin de famille pour des francophones de 35 ans et plus résidents du nord de l'Ontario

#### Consentement

Ce projet a comme objectif : examiner qu'elle est l'expérience de soins de santé vécue par des francophones du nord de l'Ontario lors de visites chez leur médecin de famille. Cette expérience sera aussi examinée en lien avec le fait que vous parlez ou que vous ne parlez pas la même langue que votre médecin de famille.

Nous cherchons donc des participants francophones de 35 ans et plus qui ont un médecin de famille qui parle le français et des participants francophones de 35 ans et plus qui ont un médecin de famille qui ne parle pas le français. Votre participation est précieuse à la compréhension de l'expérience d'un soin de santé chez un médecin de famille au nord de l'Ontario et ce projet est aussi en réponse aux besoins en santé de la population francophone en Ontario.

En groupe de discussion, enregistrées avec votre permission, vous allez alors partager votre expérience (moment important et émotions correspondantes) telle que vécue chez votre médecin de famille. Une liste d'émotions positive et négative vous sera fournie afin de faciliter le partage d'émotions. Selon cette expérience, des questions vous seront aussi posées sur l'importance de parler ou de ne pas parler la même langue que votre médecin de famille. Le groupe de discussion sera enregistré et aura une durée de 120 minutes selon le déroulement suivant en six étapes : (1) Introduction au projet (2) Activité brise-glace (3) Souvenir de visite(s) chez votre médecin de famille et (4) Partage de l'expérience chez le médecin de famille. Ensuite, en lien avec l'expérience : (5) Partage de l'importance de parler ou de ne pas parler la même langue que le médecin de famille et (6) Conclusion.

Tous les enregistrements seront confidentiels et ils seront seulement examinés par la chercheuse principale (Chloe Jutras) et son équipe d'appui à la recherche. Toutes les données recueillies seront entreposées dans un classeur verrouillé dans un bureau du Centre de Recherche en santé des milieux ruraux et du nord (CReSRN) à l'Université Laurentienne. Les données électroniques (enregistrements et transcriptions) seront entreposées sur un serveur sécurisé au CReSRN dans un fichier qui est protégé par un mot de passe. Lors du processus d'analyse de données, les transcriptions seront temporairement entreposées sur l'ordinateur personnel de la chercheuse principale qui est protégé par deux mots de passe. Dès que l'analyse sera complète, les données seront de nouveau retournées au serveur du CReSRN et supprimées du disque dur de l'ordinateur de la chercheuse. Vos données démographiques (âge et endroit de résidence) ainsi que les formulaires de consentements, seront entreposées séparément des transcriptions pour accroître l'anonymat. Lors de publication, vos informations personnelles seront en tout temps anonymisées, c'est-à-dire votre nom ne sera jamais dévoilé. Votre identité sera protégée par un code (ie. Participant 1). Les données physiques seront détruites 5 ans après l'analyse et les données électroniques seront conservées pendant un période minimale de 5 ans après l'analyse.

En raison de la nature du groupe de discussion, vous ne pourrez pas garder l'anonymat lors du groupe de discussion, ce qui empêche la confidentialité absolue. On demande alors à l'équipe de recherche et aux participants de protéger la confidentialité des discussions, et aux participants de ne pas mentionner le nom de leur médecin. L'équipe de recherche protégera l'anonymat dans tous les rapports ou publications. Si vous avez des questions face à ce projet, ou des questions sur vos droits comme participants, vous pouvez contacter l' :

Administrateur déontologique  
Bureau de la Recherche de l'Université Laurentienne  
Téléphone : 705-675-1151 poste 3213, 2436 ou 1-800-461-4030  
Par courriel [ethique@laurentian.ca](mailto:ethique@laurentian.ca)



Votre participation est strictement volontaire. Participer à cette étude peut être une expérience personnelle enrichissante qui peut aussi vous permettre de partager vos expériences vécues auprès d'autres membres de votre communauté. De plus, votre participation peut venir clarifier l'importance de parler la même langue ou de ne pas parler la même langue que son médecin de famille pour la qualité d'un soin de santé. Comme bénéfice, votre participation apporte donc une contribution au milieu social et académique ainsi qu'au milieu de la recherche sur l'expérience des patients.

Les risques associés à votre participation sont minimes, par contre il est possible que vous éprouviez certains légers sentiments d'inconfort, d'anxiété ou de colère lors de la discussion de groupe au moment où vous serez demandé de partager vos émotions vécues lors de votre expérience. Si, en aucun temps lors de la discussion de groupe, vous ne vous sentiez mal à l'aise, vous pouvez quitter la salle et seulement y retourner lorsque vous le désirez. Vous pouvez aussi vous retirer complètement de l'étude en tout temps, sans avoir à vous justifier, et toute décision de retrait de participation ne posera aucun malentendu avec votre médecin de famille. Vous n'avez qu'à aviser la chercheuse principale. À la connaissance des chercheurs, votre participation à cette recherche ne pose aucun risque au-delà de la notion du risque minimal. Si vous éprouvez de l'inconfort suite à votre participation et que vous désirez en discuter avec un intervenant de la santé, vous pouvez communiquer avec les services dont la liste se trouve à la fin de ce document.

Des breuvages et une collation vous seront offerts lors du groupe de discussion. Vous ne serez pas autrement récompensés pour votre participation.

Merci pour votre participation.

**J'accepte qu'on enregistre la discussion :**

- ☐ Oui
- ☐ Non

**J'ai reçu la lettre d'information et j'accepte de participer à cette étude :**

\_\_\_\_\_  
Nom du participant

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature

**Pour recevoir les résultats de l'étude, veuillez nous donner vos coordonnées:**

Adresse électronique: \_\_\_\_\_

Courrier: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Annexe F « Liste d'émotions fournie aux participants lors des groupes de discussion »<sup>2</sup>

Émotions (-)					
Colère	Frustré	Déçu	Exclu	Confus	Impuissant
Irrité	Agacé	Décourager	Mal	Incertain	Incapable
Hostile	Dégouté	Honteux	Absent	Indécis	Inférieur
Insultant	Fou	Impuissant	Coincé	Perplexe	Vulnérable
Contrarié	Fâché	Diminué	Démotivé	Embarrassé	Faible
Haineux	Sarcastique	Coupable	Mauvais	Hésitant	Malade
Désagréable	Accusateur	Méprisant	Douloureux	Perdu	Agité

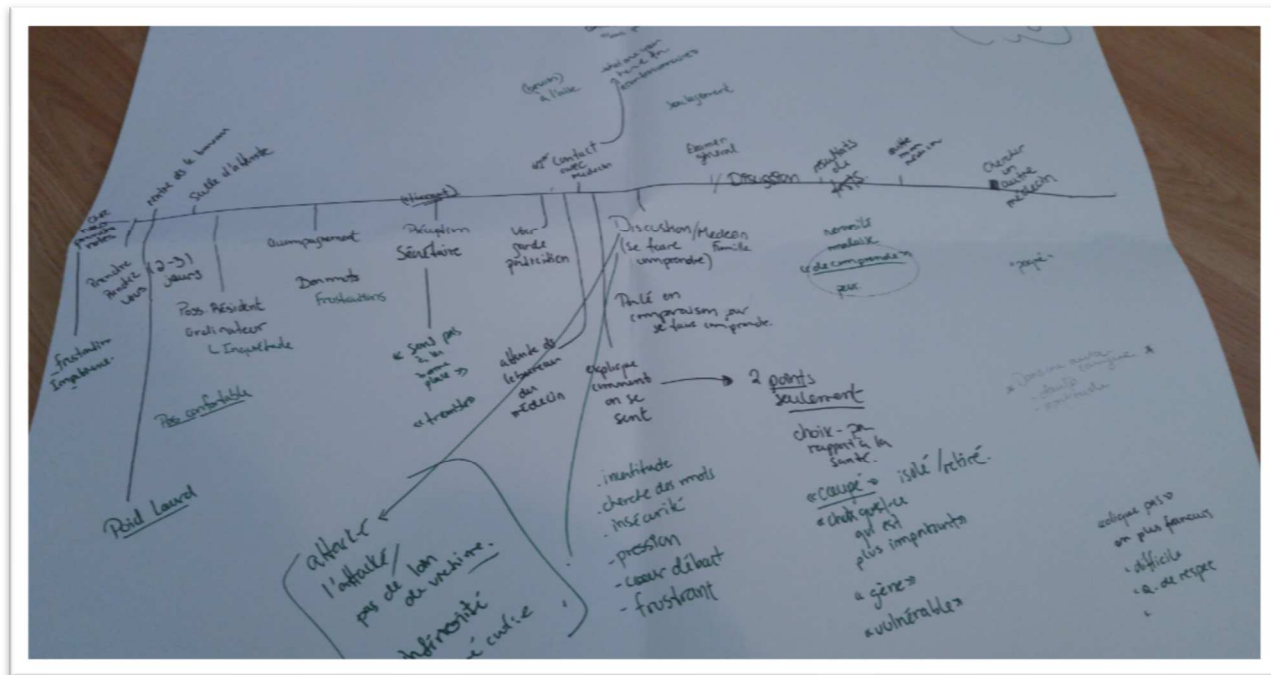
Indifférent	Effrayé	Blessé	Triste	Critique
Insensible	Craintif	Écrasé	Angoissé	Glacial
Maussade	Terrifié	Offensé	Désolé	Sévère
Réservé	Méfiant	Démuni	Seul	Injuste
Préoccupé	Paniqué	Affligé	Peiné	Attaqué
Froid	Timide	Rejeté	Plantif	Blessant
Passif	Nerveux	Blessé	Fragile	Négligeant

Émotions (+)					
Ouvert	Tolérant	Aimant	Heureux	Satisfait	Intéressé
Compréhensif	Amical	Attentionné	Bienheureux	Jubilant	Captiver
Confiant	Adorable	Sensible	Joyeux	Jovial	Curieux
Accueillant	Sociable	Chaleureux	Ravi	Enthousiaste	Engagé
Acceptant	Accommodant	Respectueux	Fou de joie	Innocent	Attentif
Réceptif	Souple	Bienveillant	Contant	Radieux	Observateur
Aimable	Présent	Patient	Gai	Tel un enfant	Concentré

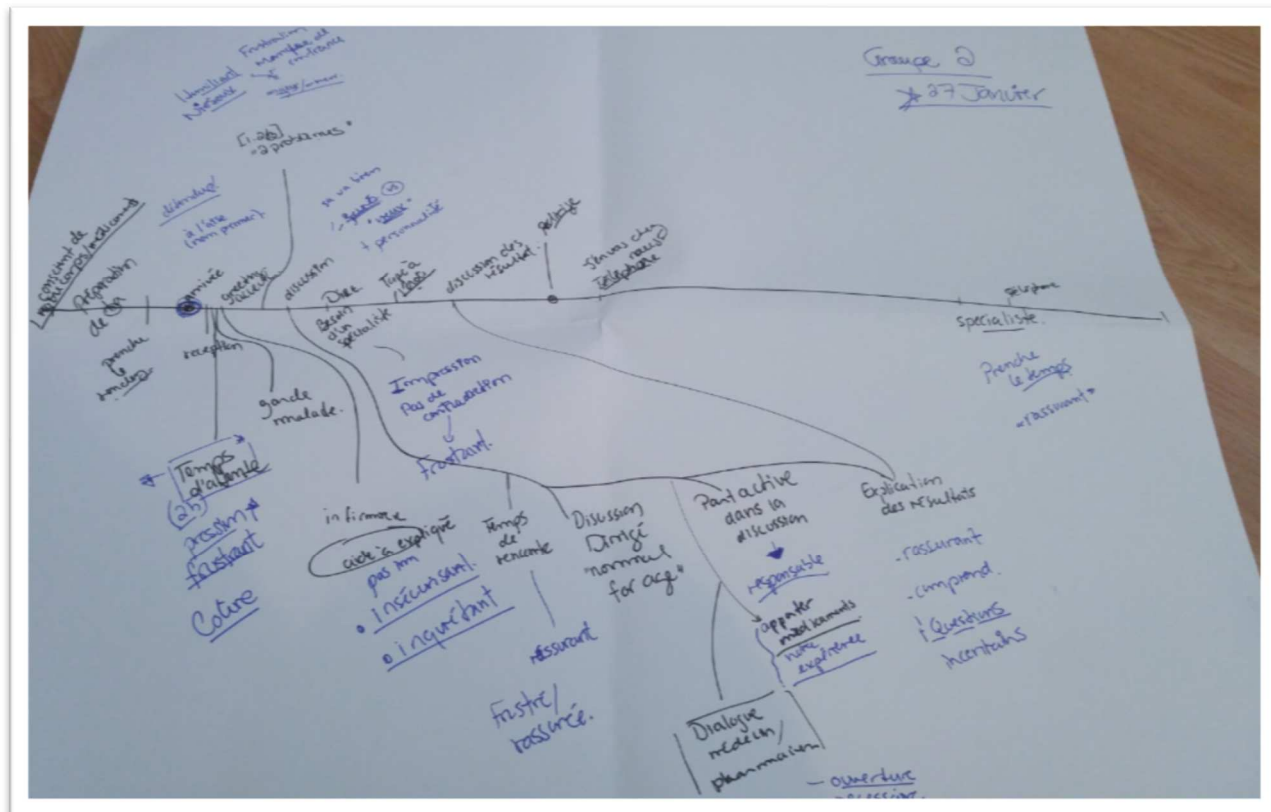
Vivant	Positif	Paisible	Fort	Détendu
Enjoué	Sincère	Calme	Fiable	Souriant
Courageux	Inspiré	Bien	Exceptionnel	Encré
Énergique	Excité	À l'aise	Stable	Centré
Optimiste	Motivé	Confortable	Honnête	Soutenu
Animé	Coopératif	Encouragé	Authentique	Conscient
Drôle	Impliqué	Détendu	Solide	Nature

<sup>2</sup> Outils Facilitante Méthode DAVIS® récupérable depuis <http://www.dysfacile.com/-dyslexie-.html>

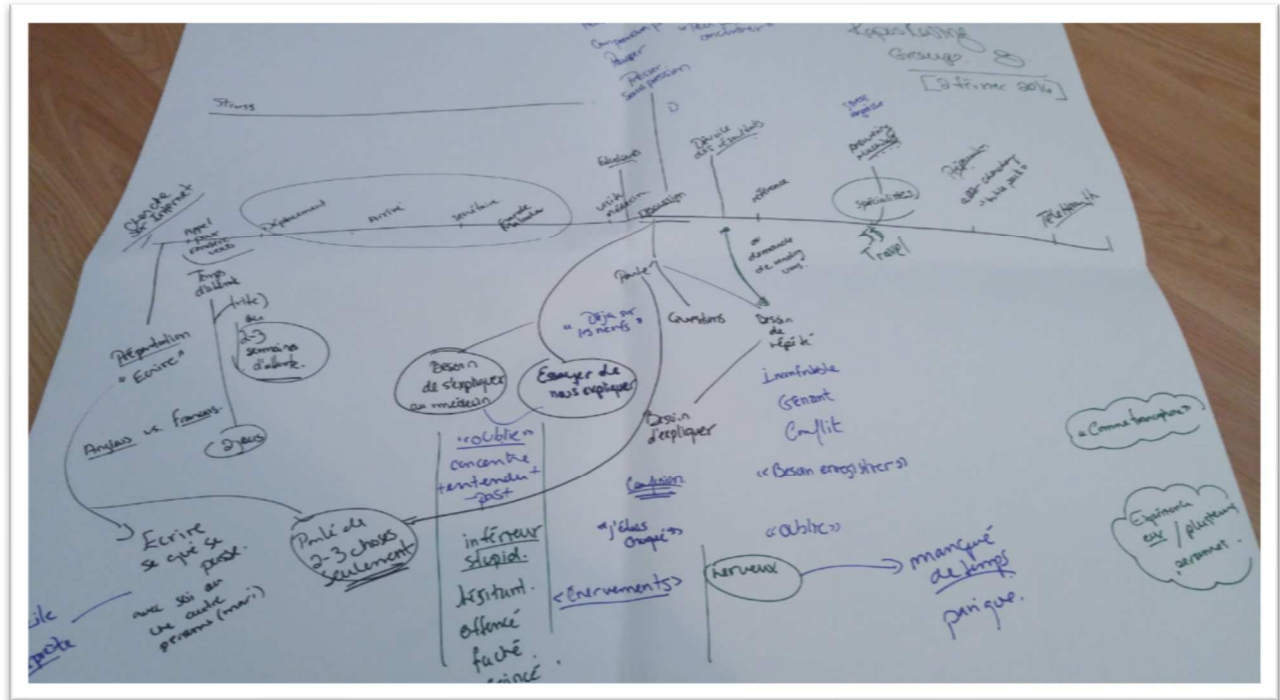
## Annexe G « Ligne de temps, groupe de discussion 1: Sudbury »



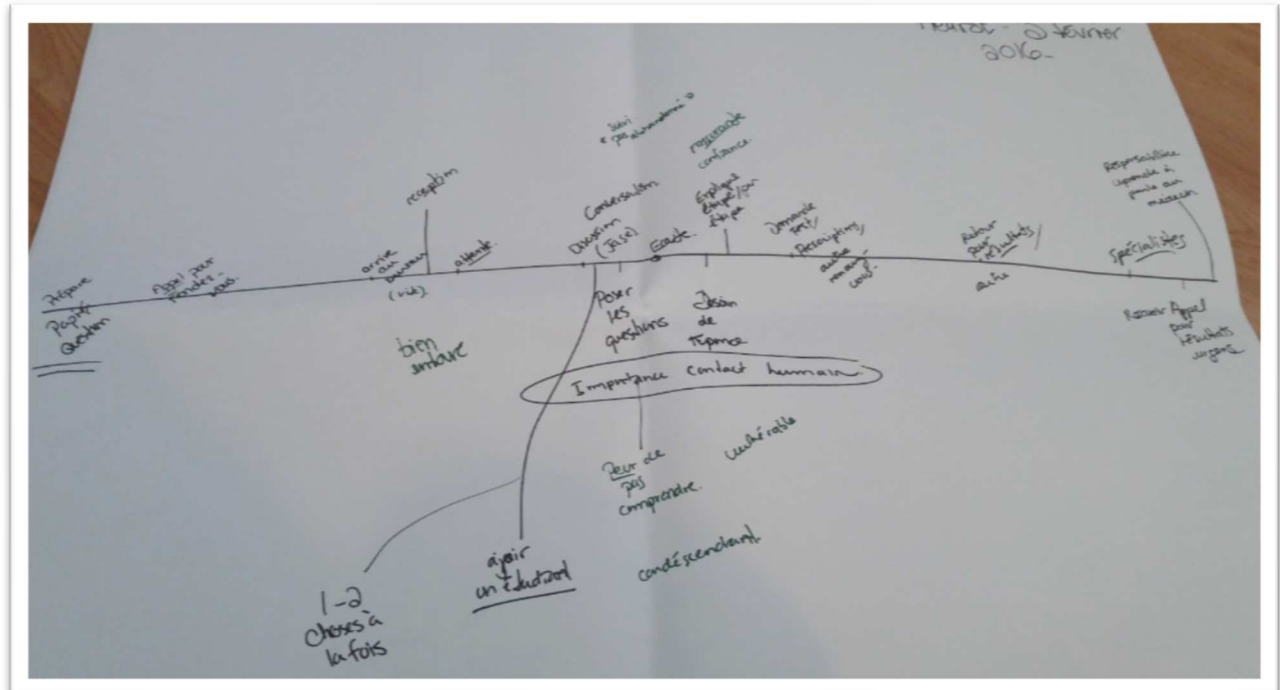
## Annexe H « Ligne de temps, groupe de discussion 2: Sudbury »



## Annexe I « Ligne de temps, groupe de discussion 3: Kapuskasing »



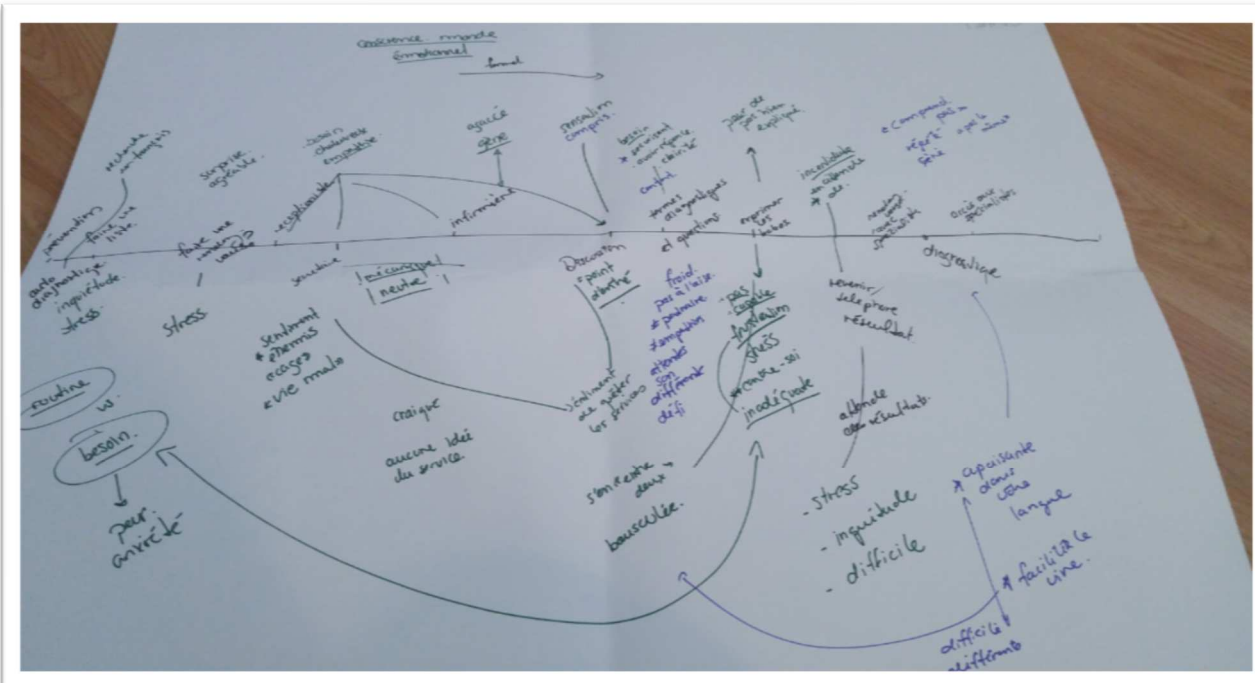
## Annexe J « Ligne de temps, groupe de discussion 4: Hearst »



## Annexe K « Ligne de temps, groupe de discussion 5: Timmins »



## Annexe L « Ligne de temps, groupe de discussion 6: Timmins »





Recherche en



sur la recherche

## Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du nord

### Concordance et discordance linguistique : Comprendre l'expérience des patients francophones chez leur médecin de famille dans le nord de l'Ontario

Cette édition de *Recherche en FOCUS sur la recherche* présente l'expérience de Franco-Ontariens du nord de l'Ontario chez leur médecin de famille, et les effets de la concordance et de la discordance linguistique sur cette expérience.

Les francophones du nord de l'Ontario sont une minorité linguistique qui se retrouve en moins bonne santé que la population générale. L'amélioration des soins de santé pour ces francophones demande une meilleure compréhension des services offerts par les médecins de famille et des enjeux linguistiques entre patient et médecin.

Une série de groupes de discussions avec des patients francophones a été réalisée dans des communautés du nord de l'Ontario, notamment à Sudbury, Timmins, Kapuskasing et Hearst. Nous avons demandé aux participants de décrire chronologiquement leur visite chez leur médecin de famille, en posant les questions « Où commence la visite chez votre médecin de famille? » et « Qu'arrive-t-il ensuite? ».

Afin d'aider les participants à décrire le parcours de leur visite avec émotions, nous leur avons aussi fourni une liste d'émotions à laquelle ils pouvaient faire référence lors de la discussion de groupe.

Au moment de la discussion, chaque participant avait déjà un médecin de famille qui lui offre un service soit en français (concordance linguistique) ou en anglais (discordance linguistique).

En tout, 29 francophones du nord de l'Ontario ont participé à l'étude, dont 19 avaient un médecin de famille qui offre son service en français (Tableau 1).

Tableau 1 : Participation à la recherche

Groupes de discussion	Communautés visitées	Langue parlé avec le médecin	
1	Sudbury	Français	3
		Anglais	2
2	Sudbury	Français	4
		Anglais	3
3	Kapuskasing	Français	1
		Anglais	2
4	Hearst	Français	5
		Anglais	0
5	Timmins	Français	4
		Anglais	2
6	Timmins	Français	2
		Anglais	1
Total de participants			29

Cette publication de *Recherche en FOCUS sur la recherche* est écrite par Chloé F. Jutras. Ce FOCUS est basé sur la recherche « L'expérience chez le médecin de famille pour des francophones de 35 ans et plus résidents du nord de l'Ontario » depuis sa maîtrise en santé Interdisciplinaire à l'Université Laurentienne au Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du nord (CRSRN) sous la supervision d'Alain P. Gauthier, Georges Kpazai et Daniel Côté. La recherche a été financée depuis 2013 par le Volet de Subventions pour la capacité dans le cadre du Fonds de recherche sur le système de santé du Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (2013-2016). Les opinions exprimées dans ce FOCUS sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement le point de vue de l'agence de financement ou de l'organisation.

Avril 2017

### L'expérience d'une visite chez le médecin de famille

L'expérience est définie ici comme étant l'ensemble des émotions vécues par les participants à des moments précis au cours de la visite chez le médecin de famille.

L'identification des émotions (des mots et des ensembles de mots positifs ou négatifs) des patients permet de saisir et de comprendre l'expérience chez le médecin de famille. La Figure 1 illustre l'ensemble des moments où les participants décrivent avec émotion l'histoire d'une visite chez leur médecin de famille, soit l'expérience.

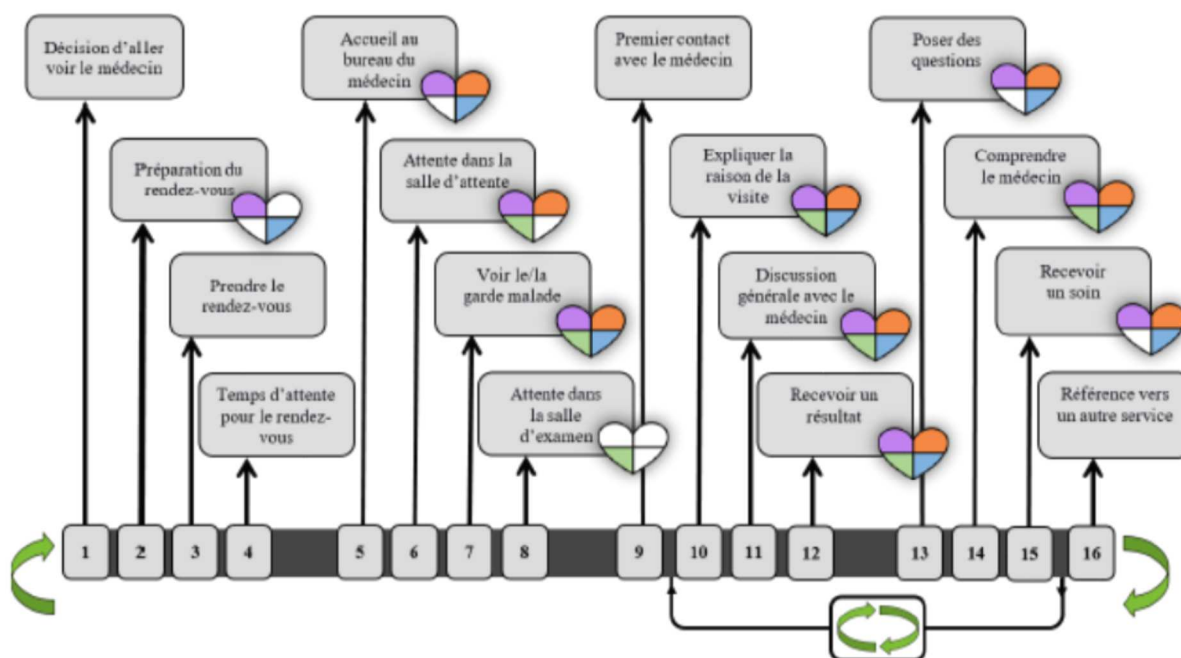
Comme on le constate dans la Figure 1, la visite elle-même commence avant l'arrivée du patient au bureau du médecin de famille et continu jusqu'à la référence vers un autre service.

Après le premier contact avec le médecin de famille (au moment 9), une série d'instantanés caractérisent le temps passé en présence du médecin de famille, soit lors des moments 10 à 15. L'ordre des moments 10 à 15 est interchangeable jusqu'à la fin de la visite. La fin de la visite arrive après avoir :

- ◇ reçu un soin;
- ◇ reçu un temps pour un prochain rendez-vous ou
- ◇ reçu une référence vers un autre service médical, par exemple : aller passer un test de sang ou aller voir un spécialiste.

Après la fin de la visite, il est très courant de devoir éventuellement retourner voir son médecin de famille, même si cela n'est que pour un prochain examen de santé annuel. On démontre la continuité du parcours des patients avec des flèches indicatives dans la Figure 1.

**Figure 1 – L'expérience d'une visite chez le médecin de famille**



### L'expérience d'une visite chez le médecin de famille, selon la dimension de la concordance et de la discordance linguistique

L'étude des émotions ressenties par les participants révèle que l'expérience des patients francophones dépend de plusieurs aspects, et un de ces aspects est la dimension de la concordance ou la discordance linguistique entre le patient et le médecin de famille.

**Règle générale:** en parlant des effets de la concordance linguistique, les participants expriment des émotions positives.

À l'inverse, en parlant de l'effet de la discordance linguistique, les participants décrivent leur expérience avec des émotions négatives.

#### Émergence de thèmes émotionnels

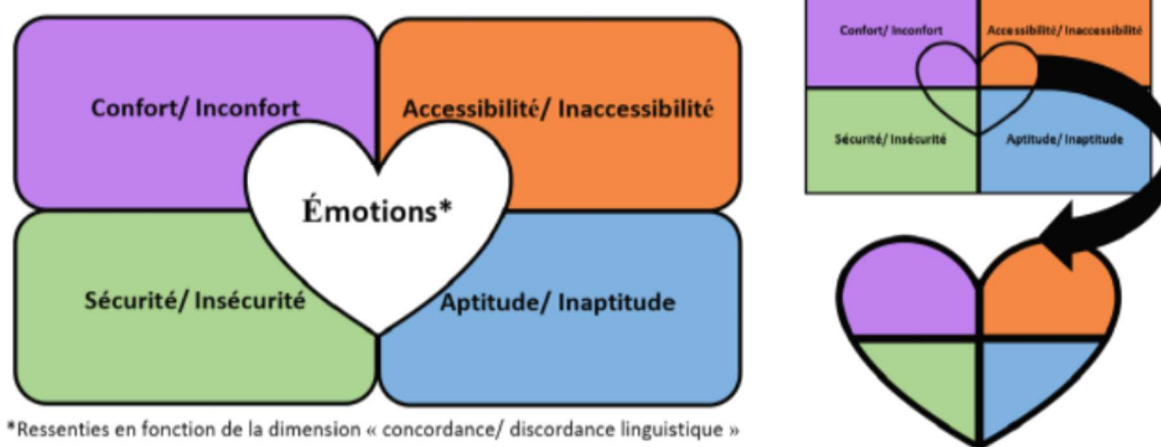
L'étude des émotions ressenties par les participants, révèle que les patients en concordance lingu-

istique avec leur médecin disent être à l'aise, bien, confortables et naturels et ils disent se sentir rassurés et capables. De telles émotions sont regroupées en termes de confort, d'accessibilité (facilité d'engager le service), de sécurité et de confiance dans ses aptitudes personnelles.

En revanche, les patients en discordance linguistique avec leur médecin disent se sentir stressés, inquiets et nerveux. Ils ressentent le défi, l'insécurité, l'infériorité, le doute et l'embarras. De telles émotions sont regroupées en termes d'inconfort, d'inaccessibilité, d'insécurité et d'inaptitudes personnelles.

Suite à notre analyse, nous proposons le modèle conceptuel suivant qui représente les 4 grands thèmes émotionnels qui caractérisent l'expérience chez son médecin de famille relativement à la concordance et la discordance linguistique (Figure 2).

**Figure 2 - Thèmes émotionnels**



\*Ressenties en fonction de la dimension « concordance/ discordance linguistique » lors de l'expérience d'une visite chez le médecin de famille

Nous utilisons le « modèle du cœur » dans la Figure 1 pour représenter les moments lors desquels les enjeux de la concordance et de la discordance linguistique ont un effet sur l'expérience des patients. Chaque quadrant du cœur coloré représente la ou les catégories d'émotions qu'ont ressenties les participants lors du moment donné.



Le Tableau 2 (ci-dessous) offre des exemples de l'expérience des participants chez leur médecin de famille. Au cours de la visite, les émotions ressenties par les patients varient en fonction de la concordance ou de la discordance linguistique :



Concordance	Thème émotionnel	Discordance
En arrivant au bureau du médecin de famille on se sent beaucoup mieux, et confortable avec une réceptionniste francophone. On apprécie beaucoup, et on se sent bien.	<b>Confort/ Inconfort</b> 	L'arrivée au bureau c'est frustrant quand l'accueil n'est pas en français. Surtout quand il y a un manque d'offre active de la part du personnel.
Pour la discussion en général, discuter en français avec le médecin c'est une priorité, qui facilite beaucoup l'expérience de la visite. C'est important, essentiel et c'est un problème de moins quand on ne doit pas se préoccuper de notre langue.	<b>Accessibilité/ Inaccessibilité</b> 	Discuter en anglais, c'est un défi. C'est plus difficile de se sentir à l'aise, et on dit vivre un obstacle dans l'ensemble de la communication.
On se sent compris, plus en sécurité et plus écouté. On reçoit de l'assurance, et cela est important. On n'est pas mal plus rassuré lors du retour chez soi, après avoir expliqué la raison de la visite.	<b>Sécurité/ Insécurité</b> 	On dit être insécurisé et de ressentir une vulnérabilité lorsqu'on doit toujours chercher ses mots pour expliquer au médecin la raison de la visite.
Lorsque vient le temps de poser des questions au médecin, on se sent capable, et on possède la certitude de pouvoir poser nos questions.	<b>Aptitude/ Inaptitude</b> 	On se sent stupide, on se questionne sur nous même, sur notre habileté de comprendre, on est incertain, plus timide, on n'ose pas poser des questions. On accepte l'information, et on se retire de la situation.

### Conclusion

Pour les Franco-Ontariens du Nord, l'expérience d'une visite chez le médecin de famille fait émerger plusieurs émotions, dont plusieurs sont vécus en raison de la concordance ou de la discordance linguistique. La concordance linguistique entre le médecin de famille et le patient dans l'offre des services de santé provoque une expérience du patient plus favorable en termes de confort, d'accessibilité, de sécurité et d'aptitude.

**17-A1f**

Recherche en **FOCUS** sur la recherche est publié par le Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du nord (CRéSRN), Université Laurentienne. Chaque publication est un résumé d'une étude menée par les chercheurs du CRéSRN. Étant une forme de diffusion et de transfert de connaissance, il a comme but de rendre la recherche accessible au grand public.

Pour plus d'informations, veuillez communiquer avec:

**Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du nord**  
Université Laurentienne  
Chemin du lac Ramsey  
Sudbury, Ontario, Canada P3E 2C6  
tél: 705-675-1151 poste 4347  
fax: 705-671-3876  
courriel: [cranhr@laurentienne.ca](mailto:cranhr@laurentienne.ca)  
site web: [www.cranhr.ca](http://www.cranhr.ca)

## Research in on Research

### Centre for Rural and Northern Health Research

#### Linguistic Concordance and Discordance: Understanding the Francophone Patient Experience during a visit to their Family Physicians' Office in Northern Ontario

This edition of *Research in FOCUS on Research* presents the Franco-Ontarian patient experience during a visit to their family physicians' office and the effects of the linguistic concordance or discordance on this experience.

Francophones in Northern Ontario are a linguistic minority who experience poorer health outcomes than the general population. Improving health and health care for this population requires a better understanding of the services offered by family physicians, as well as the communication challenges between patients and family physicians.

A series of focus groups were conducted in the northern Ontario communities of Sudbury, Timmins, Kapuskasing and Hearst. We asked participants to describe chronologically their visit at their family physician's office by asking the questions "Where does your visit with your family physician start?" and "What happens next?".

To help participants describe emotions during a visit to their family physician's office, we also provided them with a list of emotions as a reference tool during the focus group.

At the time of the discussion, each participant had a family physician who provided services either in French (linguistic concordance) or English (linguistic discordance).

A total of 29 Francophones participated in the study, 19 of whom had a family physician who offered French-language services (Table 1).

Table 1 : Research Participants

Focus Groups	Communities Visited	Language spoken with Physician	
1	Sudbury	French	3
		English	2
2	Sudbury	French	4
		English	3
3	Kapuskasing	French	1
		English	2
4	Hearst	French	5
		English	0
5	Timmins	French	4
		English	2
6	Timmins	French	2
		English	1
Total participants			29

This edition of *Research in FOCUS on Research* is written by Chloé F. Jutras. This FOCUS is based on the research project "L'expérience chez le médecin de famille pour des francophones de 35 ans et plus résidents du nord de l'Ontario" from her Master's in the Interdisciplinary Health Program at Laurentian University through the Centre for Rural and Northern Health Research (CRNHR) and under the supervision of Alain P. Gauthier, Georges Kpazai and Daniel Côté. This research was funded by the Ontario Ministry of Health and Long Term Care, Health Systems Research Fund (2013-2016). Opinions expressed in this FOCUS are those of the author and do not necessarily reflect those of the funding agencies or organisational bodies.

April 2017

## The Patient Experience During a Visit at their Family Physicians' office

**Patient experience** is defined as the series of emotions experienced by participants at specific moments over the course of a visit to their family physicians' office.

Identifying emotions (positive or negative emotional words or a group of words) allows us to capture and understand the experience of a visit to a family physicians' office. Figure 1 illustrates the various moments which elicited an emotional response from participants.

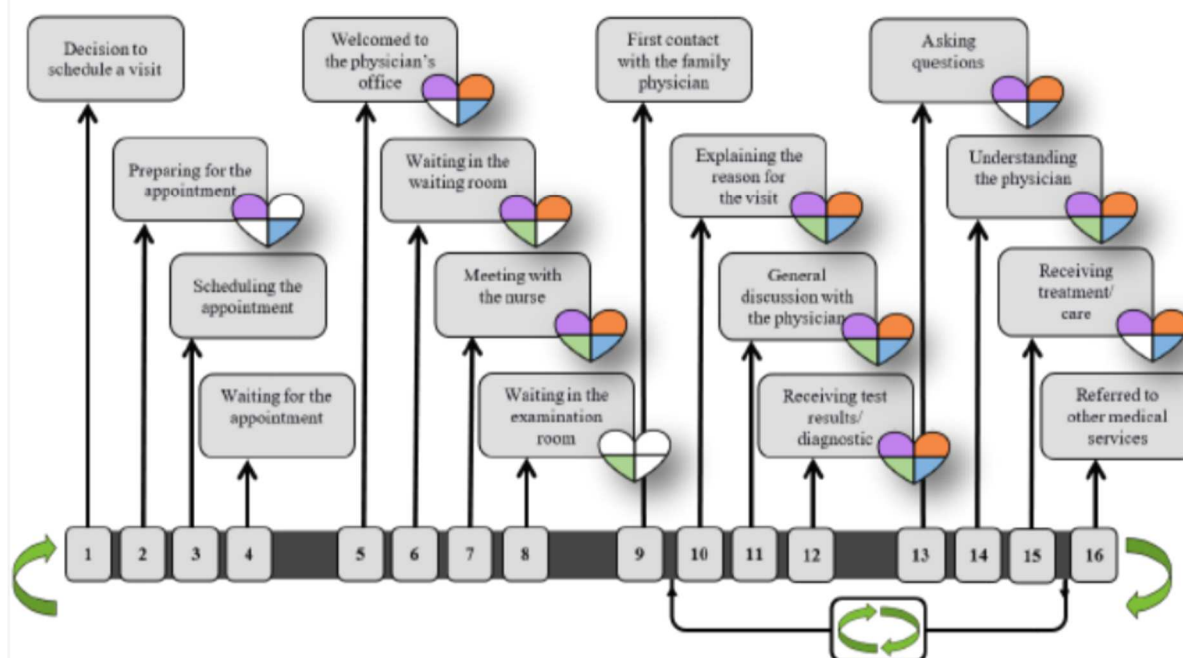
As we can see in Figure 1, a visit begins before the patient even arrives at the family physicians' office and continues until they are referred to other services.

After the initial contact with the family physician (moment 9), a series of events (moments 10 through 15) characterise the time spent with the family physician. The order of moments 10 through 15 are interchangeable until the end of the visit. In turn, the visit ends when the patient:

- ◊ receives a treatment;
- ◊ schedules a follow-up appointment and/or
- ◊ is referred to another medical service, for example: going for a blood test or going to see a specialist.

Once the visit ends, it is very common to eventually return to the family physicians' office, even if it is not until the next annual check-up. The continuity of the patient's primary health care journey is demonstrated by the use of the indicative arrows in Figure 1.

**Figure 1 – The Patient Experience During a Visit at their Family Physicians' office**





### The Patient Experience During a Visit at their Family Physicians' office, as a Function of Linguistic Concordance and Discordance

Studying the emotions felt by participants revealed that the Francophone patient experience depends on many aspects, one of which is the impact of linguistic concordance or discordance between the patient and the physician.

As a general rule: When talking about the effects of linguistically concordant interactions, participants expressed positive emotions.

Conversely, when discussing the effects of linguistically discordant interactions, participants described their experience with negative emotions.

#### Emergence of Emotional themes

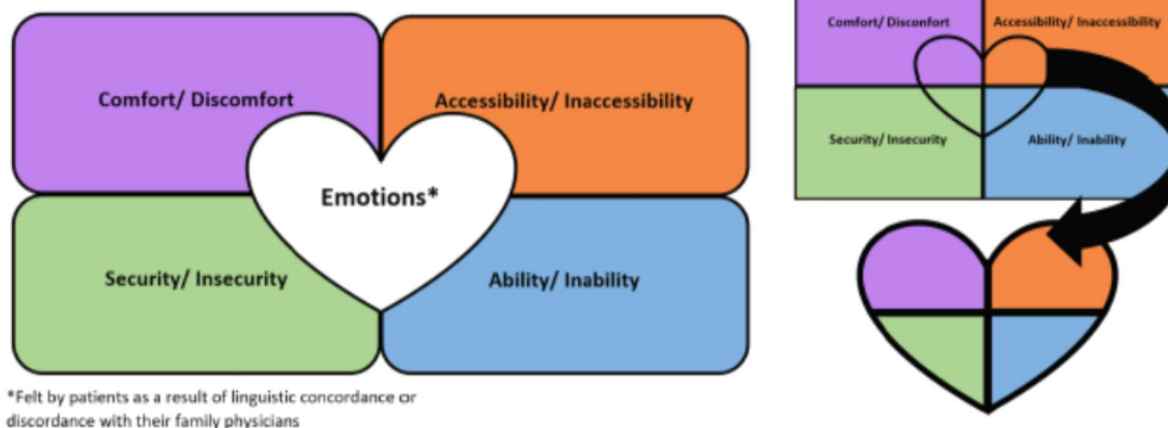
Exploring the emotions felt by participants revealed that patients in linguistically concordant set-

tings feel at ease, well, comfortable, and natural when speaking with their family physician. They feel reassured and capable. Such emotions were grouped in terms of feeling comfort, accessibility (ease of engaging the service), as well as feeling secure and self-confident in one's own abilities.

On the other hand, patients in linguistically discordant situations expressed feeling stress, worry and nervousness. They feel challenged, insecure, inferior, uncertainty and embarrassment. Such emotions were grouped in terms of feeling discomfort, inaccessibility, insecurity and personal inabilities.

In light of our thematic analysis, we are proposing the following conceptual model which represents the 4 emotional themes that characterise the Francophone patient experience during a visit to their family physicians' office as a function of patient-physician linguistic concordance and discordance (Figure 2).

Figure 2 – Emotional Themes



\*Felt by patients as a result of linguistic concordance or discordance with their family physicians

We are using the "heart model" in Figure 1 to represent the moments in which patient-physician linguistic concordance or discordance influenced the patient experience. Each colored quadrant of the heart model represents the category or categories of emotions felt by participants during each moment identified.

Table 2 (bellow) provides examples of the Francophone patient experience during a visit to their family physicians' office. During the visit, emotions felt by participants will vary depending on patient-physician linguistic concordance or discordance.



Concordance	Emotional Theme	Discordance
Arriving at your family physicians' office, you feel a lot better and comfortable with a French receptionist. We appreciate that a lot, and we feel good.	<b>Comfort/ Discomfort</b> 	Arriving at your doctor's office is frustrating when they do not welcome you in French, especially when there is a lack of active offer of French language services by the staff.
During the general discussion, speaking in French with the family doctor is a priority and it makes the experience a lot easier. It is important and essential, and it is less of a problem when we do not have to worry about our spoken language.	<b>Accessibility/ Inaccessibility</b> 	Conversing in English is a challenge. It is more difficult to feel at ease, and it is an obstacle in the communication process
We feel understood, more secure and better listened too. We get reassurance, and that is important. We are way more reassured when we go back home when we got to explain the reason of the visit in French.	<b>Security/ Insecurity</b> 	We do not feel secure and we feel vulnerable when we always have to search for our words when we are trying to explain the reason of the visit in English to our family doctor.
When it is time to ask the family doctor a question, we feel able to, and we are certain that we can ask our questions.	<b>Ability/ Inability</b> 	We feel stupid, and we question ourselves. We question our ability to understand and we are uncertain, timid, and we refrain from asking questions. We accept information and we back away for the situation.

### Conclusion

For Francophones in Northern Ontario, the experience of a visit to their family physicians' office evokes many emotions, several of which are experienced as a result of patient-physician linguistic concordance or discordance. Linguistic concordance in primary health care settings promotes a more favorable patient experience in terms of comfort, accessibility, security and a sense of personal ability.

**17-A1e**

Research in **FOCUS** on Research is published by the Centre for Rural and Northern Health Research (CRaNHR), Laurentian University. Each issue is a summary of a study conducted by CRaNHR researchers. As a form of knowledge dissemination and transfer, it is intended to make research accessible to a wider audience.

For further information, please contact:  
Centre for Rural and Northern Health Research  
Laurentian University  
Ramsey Lake Road  
Sudbury, Ontario, Canada P3E 2C6

phone: 705-675-1151 poste 4347  
fax: 705-671-3876  
e-mail: [cranhr@laurentian.ca](mailto:cranhr@laurentian.ca)  
URL: [www.cranhr.ca](http://www.cranhr.ca)